



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

TATIANA AMANCIO CAMPOS CRISPIM

**CONSTRUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
SEXUAL: SUPERANDO BARREIRAS**

FORTALEZA

2019

TATIANA AMANCIO CAMPOS CRISPIM

**CONSTRUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
SEXUAL: SUPERANDO BARREIRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção integrada e multidisciplinar à saúde materno infantil.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C1c CRISPIM, TATIANA AMANCIO CAMPOS.
Construção da linha de cuidado da mulher vítima de violência sexual: : Superando Barreiras / TATIANA AMANCIO CAMPOS CRISPIM. – 2019.
73 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa.
1. Assistência Centrada no Paciente. 2. Delitos Sexuais. 3. Padrão de Cuidado. 4. Protocolos Clínicos.
5. Saúde da Mulher. I. Título.

CDD 610

TATIANA AMANCIO CAMPOS CRISPIM

CONSTRUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
SEXUAL: SUPERANDO BARREIRAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção integrada e multidisciplinar à saúde materno infantil.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Raquel Autran Coelho Peixoto
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Júlio Augusto Gurgel Alves
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

À Deus.

Aos meus pais que sempre incentivaram meu amor pelos estudos.

À Leandro, Gabriel e Mariana.

AGRADECIMENTOS

À todos que fazem a MEAC, por tornar esse ambiente, um lar.

Ao Prof. Dr. Edson Lucena, pela excelente orientação e por escutar e atender cada “Me ajude”.

À banca examinadora pelas contribuições para a melhoria no trabalho.

Aos professores do mestrado por todo o conhecimento transmitido nesses 2 anos.

À Dra. Eugenie Néri por me fazer amar a farmácia hospitalar.

Às colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas e pela amizade que transcende a sala de aula.

À Vicky e Mel, pelo companheirismo sem palavras em todas as noites de estudo.

“Se um dia fui capaz de ver além da linha do horizonte,
Foi porque estava sentado no ombro de gigantes”

(Isaac Newton)

RESUMO

A preocupação com o cuidado data dos tempos antigos tendo passado por diferentes tipos de percepções ao longo do tempo. Atualmente, procura-se uma gestão do cuidado voltado para a adequada assistência ao paciente, de acordo com suas necessidades e com a garantia de um cuidado integral durante todo o percurso do paciente seja a nível de atenção primária ou hospitalar. As Linhas de Cuidado são o desenho dessa trajetória. **Objetivo:** construir a linha de cuidado do atendimento à mulher vítima de violência sexual na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. **Metodologia:** Estudo descritivo, onde são contempladas todas as etapas necessárias para a construção das linhas de cuidado: Mapeamento dos principais processos organizacionais; Escolha da linha de cuidado; Planejamento das oficinas e escolha dos participantes; Definição dos elementos constantes na linha; Modelagem do processo, utilizando-se do software Bizagi®. **Resultado:** realização de 9 oficinas, das quais 4 geraram a linha de cuidado da vítima de violência sexual pós agravo imediato e da interrupção da gestação decorrente de estupro, onde foram definidas as portas de entrada, o papel de cada profissional no itinerário da paciente e as articulações necessárias com os diversos setores assistenciais da instituição. **Conclusão:** A construção de uma linha de cuidado seja em que área for, é de extrema valia para todos os envolvidos. Demanda interação e discussão entre as diversas profissões que em algum momento, interagem obrigatoriamente sempre em prol do paciente. E seu desenho traz a possibilidade de ensinar a singularidade e a integralidade da assistência, envolvendo assim em um único ato, o cuidar e o ensinar.

Palavras-chave: Assistência centrada no paciente. Delitos sexuais. Padrão de cuidado. Protocolos clínicos. Saúde da mulher.

ABSTRACT

The preoccupation with care dates back to the ancient times having passed through different types of perceptions over time. At present, we are looking for a management of care aimed at the adequate assistance to the patient, according to their needs and with the guarantee of an integral care during the whole course of the patient whether at the level of primary or hospital care. The Care Lines are the design of this trajectory. Objective: to build the line of care for women victims of sexual violence in the Maternity-School Assis Chateaubriand. Methodology: Descriptive study, where all the necessary steps are taken to construct care lines: Mapping the main organizational processes; Choice of care line; Workshop planning and participant selection; Definition of the elements in the line; Process modeling using Bizagi® software. Outcome: 9 workshops were carried out, of which 4 generated the line of care of the victim of sexual violence after immediate aggravation and the interruption of gestation due to rape, where the doors of entry were defined, the role of each professional in the patient's itinerary and the necessary articulations with the various assistance sectors of the institution. Conclusion: The construction of a care line in whatever area is of extreme value to all involved. Demand interaction and discussion among the various professions that at some point, always obligatorily interact in favor of the patient. And its design brings the possibility of teaching the singularity and the integrality of the assistance, involving in a single act, the care and the teaching..

Keywords: Patient-centered care. Sexual offenses. Standard of care. Clinical protocols. Women's health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama Básico de uma mandala.....	21
Figura 2 – Rede de atenção à pessoa com deficiência	22
Figura 3 – Fluxograma descritor, resumido, da linha do cuidado da At hospitalar.....	24
Figura 4 – Equipe presente na primeira oficina sobre linha de cuidado.....	36
5.1 – Caminho a ser percorrido no atendimento dos casos de pós agravo	
Figura 1 imediato.....	50
5.1 – Plano terapêutico de profilaxia pós exposição de	
Figura 2 riscos.....	50
Figura 5 – Linha de cuidado da interrupção da gestação decorrente de estupro.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definição de cuidado de acordo com os modelos de concepção do processo Saúde-Doença.....	14
Quadro 2 – Dimensões da Qualidade do Cuidado em Saúde.....	16
Quadro 3 – Descrição dos objetos do Bizagi.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Atenção
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BH	Belo Horizonte
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FOR	Formulário
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papiloma Virus
HSV	Herpes Simplex Virus
ICHOM	International Consortium of Health Outcomes Measurement
IOM	Institute of Medicine
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LNC	Lista de Notificação Compulsória
MEAC	Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
SDM	Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRC	Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TEPT	Transtorno de Estresse Pós Traumático
UFC	Universidade Federal do Ceará

LISTA DE SÍMBOLOS

® Marca Registrada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	REVISÃO DA LITERATURA	14
<i>1.1.1</i>	<i>O cuidado em saúde</i>	14
<i>1.1.2</i>	<i>Linhas de cuidado</i>	18
<i>1.1.3</i>	<i>Violência sexual contra a mulher</i>	27
2	JUSTIFICATIVA	29
3	OBJETIVOS	30
3.1	Objetivo Geral	30
3.2	Objetivos Específicos	30
4	METODOLOGIA	31
5	RESULTADOS	36
5.1	ARTIGO LINHA DE CUIDADO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: SUPERANDO BARREIRAS	38
5.2	LINHA DE CUIDADO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE ESTUPRO	51
6	DISCUSSÃO	53
7	CONCLUSÃO	57
8	REFERÊNCIAS	58
	ANEXO A – TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO	63
	ANEXO B - PARECER TÉCNICO	64
	ANEXO C - TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO	65
	ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
	ANEXO E – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL SINAN	67
	ANEXO F - FICHA HOSPITALAR DE REGISTRO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL	69
	APÊNDICE A – DESENHO DA LINHA DE CUIDADO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA PÓS AGRAVO IMEDIATO	73

1 INTRODUÇÃO

1.1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1.1 O cuidado em saúde.

Considerado inicialmente apenas ausência de doença, o conceito de saúde e o cuidado vem mudando ao longo do tempo de acordo com a evolução dos processos conceituais das concepções saúde-doença. Iniciando com o modelo Xamanístico até o modelo Processual, os significados vão mudando de acordo com a evolução das crenças (CRUZ, 2011). No quadro a seguir, temos um breve resumo dos conceitos abordados por cada modelo:

Quadro 1 – Definição de cuidado de acordo com os modelos de concepção do processo Saúde-Doença.

Modelo	Definição de cuidado
Xamanístico	Baseado na relação com o mundo natural, com envolvimento de espíritos e deuses bons ou maus.
Holístico	Compreender o ajuste necessário para o reequilíbrio do corpo com o ambiente
Hipocrático	Estabelecer o equilíbrio entre os humores.
Biomédico	Baseado na visão reducionista-mecanicista em que o médico trata da parte defeituosa do corpo-máquina ou do ambiente.
Sistêmico	Identificação do componente alterado no sistema que esteja causando o desequilíbrio das funções,
Processual	Organização do cuidado pelas diferentes possibilidades de prevenção e promoção da saúde.

Fonte: Adaptada pela autora de Cruz, 2011

Cada um dos profissionais de saúde, seja em ambiente hospitalar ou na atenção primária, possui sua própria definição e percepção do que seria o cuidado, seja através do que cada paciente necessita ou de sua percepção do trabalho em saúde. Ao longo do tempo, diversos autores têm trazido suas considerações e definições. Neste trabalho, consideramos a proposta de Cecílio e Merhy (2003, p2)

O cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e organizada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida no hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos de cuidado em saúde.

Tenta-se então, no ambiente hospitalar, organizar o cuidado através da escolha das tecnologias mais apropriadas para a necessidade do paciente e das diversas conexões entre os profissionais das diversas especialidades e locais de atendimento (GRABOIS, 2011). Essas tecnologias podem ser tanto as relacionadas com a produção do vínculo, as chamadas leves, leve-dura seria a estruturação do saber nas diversas especialidades e a dura é referente à utilização de equipamentos tecnológicos ou normas e estruturas organizacionais (MERHY, 1997).

Além do pensamento da sua organização, é imprescindível à atenção à qualidade do cuidado a ser prestado. As noções de qualidade, podem ser aplicadas tanto quanto se adota seu sentido amplo ou restrito. No sentido amplo, a qualidade engloba dimensões como acesso, eficiência e aceitabilidade. Quando pensamos no sentido restrito, já seria sinônimo da qualidade técnico-científica disponível para o usuário, compreendendo a aplicação dos conhecimentos científicos e a relação interpessoal (TRAVASSOS, 2013). Para o *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, qualidade do cuidado é “o grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente” (BLUMENTHAL, 1996).

A partir dos relatórios do IOM em 1999 e 2001, o cuidado assistencial precisou estar voltado para a segurança do paciente, no sentido de remover as barreiras para seu acesso e diminuir a ocorrência dos erros evitáveis. Para isso, dimensões do cuidado em saúde foram estabelecidas e adequadas às realidades de cada país. No Quadro 2, apresentamos as dimensões da qualidade em saúde que embasaram as recomendações do IOM:

Quadro 2 – Dimensões da Qualidade do Cuidado em Saúde

Dimensões	Definição
Segurança	Evitar danos e lesões nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para que todos dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente)
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e que assegura que os valores dos pacientes orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição sócio-econômica.

Fonte: Travassos e Caldas (2013, p. 22-23)

Berwick em 2002, sintetizou as bases das decisões publicadas pelo IOM, classificando o cuidado em 4 níveis hierárquicos. Nível A: experiência do paciente e da comunidade. Nível B: microssistemas de cuidado. Nível C: Organizações de Saúde. Nível D: Sistema de Saúde.

Os níveis são hierárquicos no sentido de que todos os níveis devem organizar seu trabalho para atingir as metas e objetivos do Nível A.

A nível hospitalar, devemos nos centrar no Nível B, onde os microssistemas de cuidado são sistemas de trabalho onde o cuidado ao paciente é realizado. Esses microssistemas são fundamentados em três princípios norteadores:

I – Cuidado baseado em evidências, utilizando a melhores evidências científicas e informações clínicas possíveis.

II – Cuidado centrado no paciente, onde requer um alto nível de transparência e de responsabilização do sistema pelo cuidado prestado.

III – Cuidado integrado ao sistema: transpor as barreiras entre as organizações, disciplinas e profissões.

E para o redesenho desses microssistemas, dez regras norteadoras foram estabelecidas:

1 – O cuidado é baseado em relações terapêuticas contínuas;

- 2 – O cuidado é personalizado de acordo com as necessidades e valores de cada paciente;
- 3 – O paciente é a fonte de controle;
- 4 – O conhecimento é partilhado e a informação flui livremente;
- 5 – A tomada de decisão é baseada em evidência científica;
- 6 – A segurança é uma propriedade do sistema;
- 7 – A transparência é necessária;
- 8 – As necessidades do paciente são antecipadas;
- 9 – O desperdício é reduzido continuamente;
- 10 – A cooperação entre os profissionais clínicos é uma prioridade.

Para a implantação de novas iniciativas com cuidado, há uma consequência prática na escolha de modelos ideais para sua efetivação:

um modelo somente alcançará o êxito estabelecido mediante a existência de condições devidamente previstas (calculadas) que, através de atos predeterminados, favorecerão a realização do trabalho e, conseqüentemente, seu resultado (PINHEIRO; LUZ, 2003, p. 7).

As linhas de cuidado devem ser então, construídas seguindo esses princípios norteadores do IOM, bem como os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, equidade e integralidade.

1.1.2 Linhas de Cuidado

A organização da atenção nos hospitais não pode mais estar centrada nas especialidades ou fragmentada em seus diversos setores, não se responsabilizando pelo paciente como um todo e predominando a impessoalidade da assistência.

Ao mesmo tempo, temos como desafios, reconhecer e preservar a autonomia do profissional de saúde, coordenar um trabalho em equipe multiprofissional, impulsionar a responsabilização do profissional e o estabelecimento do vínculo com o paciente, sem esquecer a própria natureza do trabalho em saúde que possui uma dimensão subjetiva que pode determinar toda a relação do profissional de todas as especialidades, com o paciente e suas necessidades (AZEVEDO et al., 2010). Faz-se mister, a inclusão das pessoas em uma rede integral com práticas cuidadoras em saúde e de afirmação da vida (CECCIM; FERLA, 2006)

A definição de linhas de cuidado dentro do ambiente hospitalar vem como resposta para um novo modelo de gestão, onde se reduz os níveis decisórios e se conduz as decisões através de condução colegiada, tendo como referência a produção do cuidado na perspectiva da integralidade à nível hospitalar.

Para Azevedo, 2005, as linhas de cuidado devem ser estabelecidas e centradas na necessidade do paciente, mas respeitando:

A lógica de coordenação das corporações, com seus valores, suas representações, suas lógicas de funcionamento e particularmente que respeitem a autonomia inerente à prática médica, mas ao mesmo tempo integrem tais lógicas a uma lógica de coordenação mais horizontal e interdisciplinar do cuidado, além de subsumir ou subordinar toda a lógica da produção dos insumos hospitalares à lógica da produção do cuidado, de modo que a responsabilização pelo cuidado se dê em uma linha de produção contínua que atravessa vários lugares/setores do hospital ou mesmo outros serviços de saúde .

Assim, devemos pensar a integralidade da gestão do cuidado como o respeito às reais necessidades de um sujeito social, ultrapassando os limites hierárquicos do sistema de saúde no Brasil (BONFADA, 2012).

A gestão do cuidado quando pensamos à nível hospitalar envolve a dinâmica de coordenar adequadamente um conjunto de atos cuidadores individuais que resultem na assistência segura ao paciente e alcance dos seus objetivos curativos (CECILIO; MERHY, 2003).

O estabelecimento dessas linhas de cuidado deve estar aliado à uma mudança na gestão e cultura organizacional, mantendo a autonomia dos colaboradores e sua capacidade criativa na busca da melhoria da produção do cuidado.

Descrita por Franco e Franco como “a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário”, as linhas de cuidado devem ser organizadas e pensadas de acordo com a instituição e suas finalidades. Segundo Magalhaes Júnior e Oliveira (2006), a linha de cuidado permitiria ao gestor verificar todas as situações possíveis advindas de um determinado problema de saúde ou outro fator motivador da linha de cuidado, sendo então definidos os cuidados necessários à abordagem das necessidades e riscos mais presentes, quais serviços podem oferecer tal cuidado, as trajetórias possíveis nessa linha de cuidado e as diretrizes e protocolos que motivam essa organização. São diferentes dos processos de referência e contrarreferência, apesar de estarem inclusos (FRANCO, 2014). Malta e Merhy (2010), citam por exemplo, o momento da alta como uma oportunidade privilegiada de produzir a continuidade do processo de cuidado na rede básica onde o usuário já estaria conectado, ao invés de simplesmente entregar um papel de contrarreferência.

Mas para o fluir pela linha de cuidado, é imprescindível, o conhecimento e a aproximação dos profissionais com os usuários com o intuito de melhor conhecer suas condições de vida e de trabalho, concepções acerca da saúde e doença, fatores prejudiciais. As linhas fortificam os projetos terapêuticos individuais para que não haja apenas um encaminhamento de menor à maior tecnicidade da atenção.

Segundo o Plano Diretor Estratégico da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC): “Apesar da MEAC estar inserida, como estabelecimento de saúde de média complexidade na rede de atenção à saúde, os sistemas de referência e contrarreferência para as demais unidades de saúde necessitam de aprimoramento e muitas vezes são recebidas na Emergência, pacientes não referenciadas pelas demais unidades de saúde da rede, o que dificulta a contrarreferência desta usuária para um serviço que oportunize a continuidade do seu cuidado. Quanto às pacientes oriundas da emergência, a proposta é informar às unidades básicas de saúde, através de um formulário de contrarreferência, os motivos, procedimentos e encaminhamentos realizados pelo hospital, para que as mesmas tenham acesso a todas as condutas realizadas com a regional da sua área de abrangência. O que percebemos é que mesmo contrarreferenciando a paciente para a unidade básica de saúde, muitas vezes ela não retorna à unidade para providências e encaminhamentos futuros sobre seu estado de saúde.” (MEAC, 2016)

O estabelecimento das linhas de cuidado e a consequente mudança na forma de

enxergar o usuário dentro do hospital, coloca em questionamento de que o hospital ficaria apenas no topo hierárquico do sistema de saúde. Uma equipe da Emergência que trabalhe com esse foco, pode identificar pacientes que necessitem de cuidados mais regulares e apropriados em outro serviço da rede (CECILIO; MERHY, 2003).

As linhas de cuidado também podem ser compreendidas como organizadora do trabalho assistencial. Olhando as linhas sob a perspectiva da micropolítica que seria o discurso direcionado para grupos e pessoas, levantamos a questão da responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário, levando à mudança do processo assistencial centrado em procedimentos fragmentados para a vinculação do cuidado. Na perspectiva da macropolítica ou gestão, traz a dependência de sua efetivação no apoio dos gestores para que o caminho da linha seja garantido. A linha de cuidado se completa na medida que os macros e microprocessos se articulam (MALTA;MERHY, 2010).

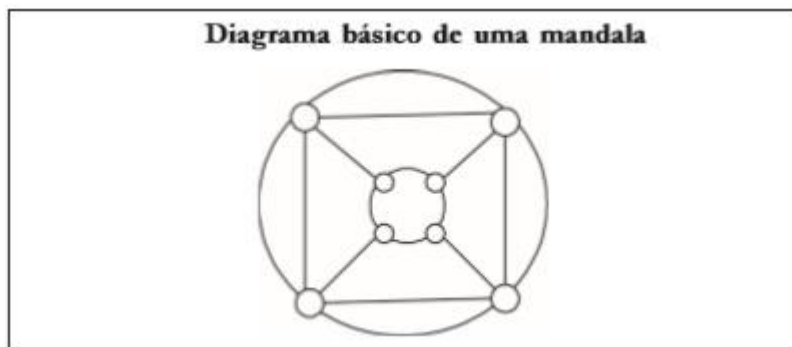
E assim, o processo do cuidado através das linhas, busca modificar a imagem hierarquizada do sistema de saúde e seus acessos da pirâmide para uma malha de cuidados ininterruptos, onde o trançado é desenhado para que a linha de cuidado assegure os direitos e demandas dos usuários.

Apesar da imagem ideal da caracterização do SUS ser uma pirâmide, onde na parte inferior e teoricamente mais larga, estariam as unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária e no seu topo, os hospitais e seus serviços especializados. Porém o que se vê, é que a porta de entrada no sistema se dá mais através dos hospitais em suas emergências e ambulatórios do que pelas unidades básicas. A imagem da pirâmide então, se apresenta de forma invertida e em seu peculiar equilíbrio, nos mostra que algo está errado. Cecílio (1997), propôs a modificação para o pensamento do modelo assistencial da pirâmide para o círculo, onde qualquer unidade de saúde, pode ser um ponto de entrada no sistema. Mas de uma forma mais responsabilizada, onde o paciente que buscou a emergência de um hospital, já saia de lá com agendamento de consulta em sua unidade básica de saúde ou na impossibilidade de consulta mais urgente, que o mesmo possa retornar à emergência no dia em que a equipe que lhe assistiu estará novamente de plantão. “ A responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento é do sistema como um todo e não uma batalha individual e solitária de cada paciente” como afirma o autor.

Ceccim e Ferla, (2006) propuseram um novo desenho para caracterizar a rede em saúde, o de uma mandala (Figura 1), onde uma de suas características mais importantes é a ideia do movimento, onde passa a ideia de irradiar-se de um centro ou mover-se em direção à ele. Onde os eixos de comunicação, das linhas de cuidado e dos pontos de contato, se cruzam. Nas

zonas em torno desses pontos se construiria a regionalização com os pactos entre os gestores locais, linhas de cuidado colaborativas e os laços com as redes sociais, sempre tendo como orientação, o usuário sob práticas cuidadoras.

Figura 1: Diagrama básico de uma mandala.



Fonte: Ceccim e Ferla, 2006

Com esse pensamento, teríamos então uma malha de cuidados perenes, onde não há hierarquização de serviços mas um tramado de conexões por onde correriam as linhas de cuidado, sem os fluxos ascendentes e descendentes de uma pirâmide, organizando-se os fluxos e acessos com as unidades de produção de saúde e implicando na garantia da qualidade e resolutividade.

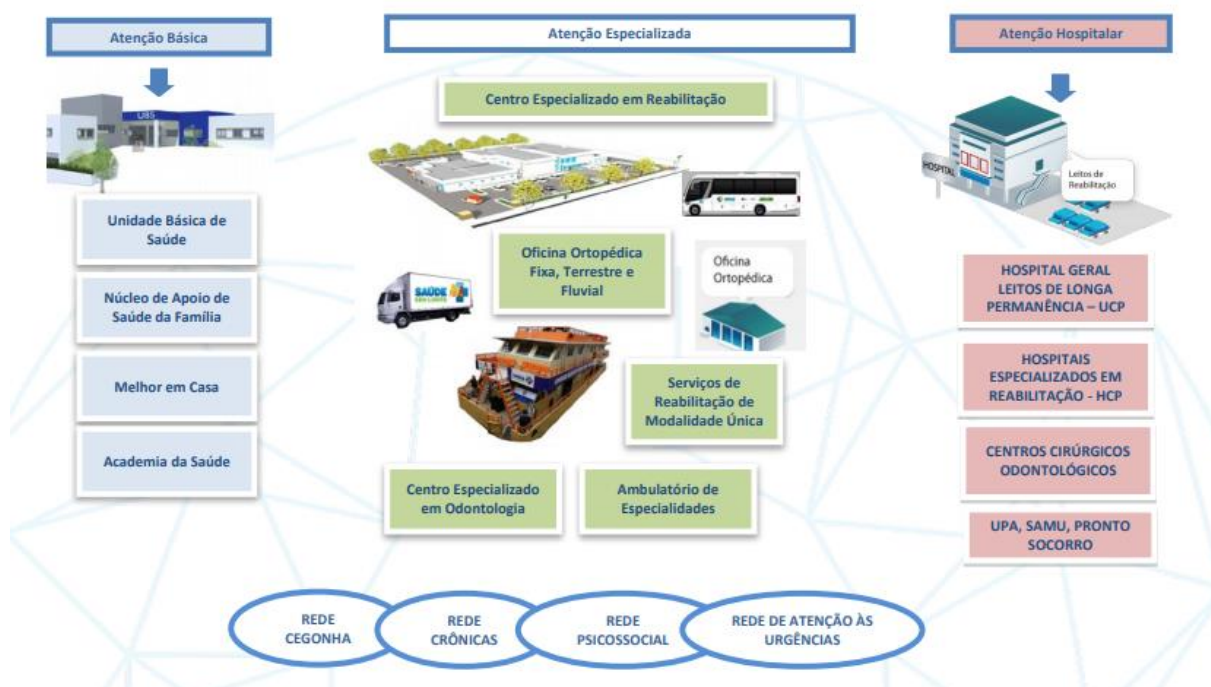
Também pensadas no sentido da integralidade, no Brasil, as linhas de cuidado estão sendo estabelecidas em todos os níveis de assistência e ajudando a organizar as redes de atenção em saúde.

Em 2010, na portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no Brasil, traz como estratégia, principalmente na Atenção Primária à Saúde a indução da criação e organização das linhas de cuidado com base nas realidades locais, identificando os principais agravos e condições.

A partir daí, foram criadas as Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede Cegonha, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção às Urgências e Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012; 2011a; 2014a; 2011b; 2011c)

A Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, exemplificada na Figura 2 traz a ideia de organizar todos os componentes necessários para a completa assistência, promovendo a criação e qualificação de serviços através de habilitações e modificando a remuneração:

Figura 2: Rede Atenção à Pessoa com Deficiência.



Fonte: Mendes, 2014.

Reparamos aqui, na ampliação das portas de entrada, na tentativa de facilitar o acesso da pessoa com deficiência aos cuidados que necessita.

Como exemplo de Linha de Cuidado dentro da Rede Cegonha, a Secretaria de Estado da Saúde do município de São Paulo, vem trabalhando desde 2010, na descrição de um cuidado especial para a Gestante e em seu manual técnico do Pré Natal, Parto e Puerpério, tenta trazer a diretriz para a organização de uma assistência integrada e de qualidade para a gestante (SÃO PAULO, 2018).

A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a), redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, delegando para a secretarias de saúde de cada Estado, a competência de definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde do seu Estado com vistas ao desenvolvimento de planos de ação regionais para elaboração das linhas de cuidado. Ainda relacionado à Rede de Doenças Crônicas, ocorreu a publicação da Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014b) que instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. O SRC e o SDM comporão o Componente Atenção

Especializada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e terão como objetivo fortalecer as ações voltadas ao diagnóstico precoce à confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado dos cânceres do colo do útero e da mama. O SRC e o SDM podem, ainda, integrar a Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero e do Câncer de Mama, cujas diretrizes para organização serão objeto de ato específico do Ministério da Saúde.

A Portaria nº 800, de 17 de junho de 2015 (BRASIL, 2015a) exige Termo de Compromisso assinado pelo Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal por meio do qual se obriga a estabelecer e adotar a Linha de Cuidado em AVC e o PCDT - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, constante do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência, com realização de ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral.

A Portaria nº 2.994 também do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a) já traz como requisito para que a unidade hospitalar solicite habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, participar da linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio na rede de atenção às urgências, por indicação do gestor, realizando ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidado, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade ao paciente com síndrome coronariana aguda.

Outra iniciativa a nível nacional, foi a publicação da Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2015b) onde abrange além da atenção, a promoção da saúde e a prevenção da violência e o fortalecimento da responsabilização dos serviços.

No âmbito da Rede de Atenção psicossocial, a Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias (BRASIL, 2015c), foi publicada com direcionamento a gestores e profissionais do SUS, com vistas a garantir a ressonância e a articulação entre todas as redes de interface para o cuidado das pessoas com TEA e de suas famílias

A Secretaria de Saúde de Manaus, implantou linhas de cuidado na área Materno-Infantil e condições crônicas com foco em hipertensão, diabetes e renal crônico na tentativa de responder dinamicamente e de maneira mais resolutiva as demandas da população Manauara, através da normalização de procedimentos na rede básica (MANAUS, 2014).

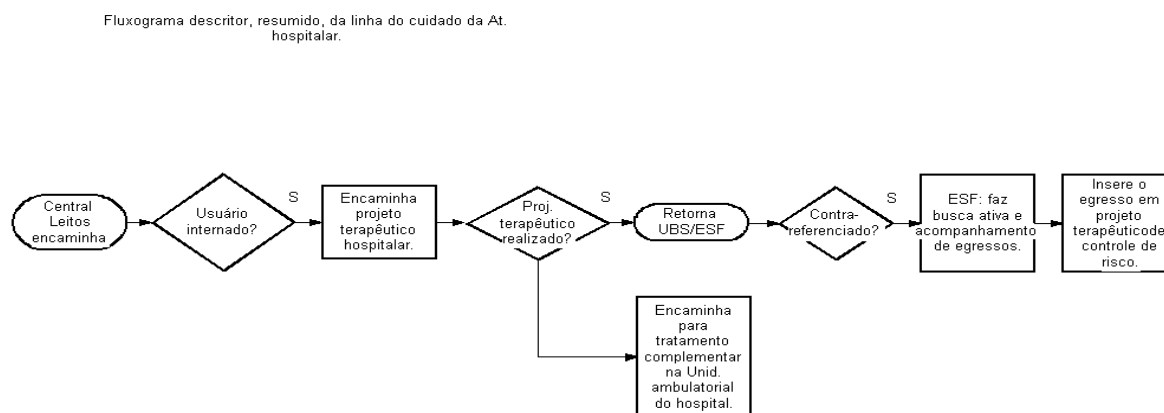
Já no estado de São Paulo, a Secretaria de Saúde já elaborou várias linhas de

cuidado como gestante-puérpera, hipertensão, diabetes, saúde da criança e do adolescente. Para a implantação dessas linhas, os gestores receberam um manual de orientação para a implantação da linha nas 64 regiões de saúde do estado (SÃO PAULO, 2010). Em 2018, (SÃO PAULO, 2018) uma atualização da Linha de Cuidado para a Gestante foi lançada, já trazendo inclusive, indicadores para a avaliação permanente da qualidade.

Um dos exemplos dessa implantação foi publicado em 2014 por Gryscek et al, onde relatam as melhorias conseguidas com o plano operativo desenvolvido levando à um maior acesso da população aos cuidados necessários, mas salientando ainda problemas de financiamento, rotatividade de profissionais e dificuldades de implantação da rede assistencial.

Em Belo Horizonte, foi iniciado o projeto BH-VIDA: Saúde Integral que tinha o objetivo de articular as ações de cada nível da rede tendo o paciente como centro (BELO HORIZONTE, 2003). Porém não encontramos na busca de mais informações sobre o projeto, se haviam sido implantadas linhas de cuidado específicas. No documento da Secretaria Municipal de Saúde foi demonstrado apenas o funcionamento teórico da linha de cuidado de uma maneira geral, como pode ser vista na Figura 2:

Figura 3: Fluxograma descritor, resumido, da linha do cuidado da At hospitalar.



Fonte: BELO HORIZONTE, 2003.

Em seu artigo de 2010, Malta e Merhy descreveram a linha de cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sob as perspectivas de micro e macropolíticas, trazendo os aspectos mais relevantes para a garantia do sucesso de sua implantação. No aspecto dos macroprocessos, percebe-se a necessidade de organizar a vigilância e informação em saúde para que se possa chegar ao singular de cada usuário, evitando o fracasso das propostas de cuidado. Tem-se ainda a comunicação em saúde com a disseminação de informações a respeito das DCNT além de medidas intersetoriais, legislação e regulação para a formulação de políticas e ações de saúde pública abrangentes e integradas. Outro foco na perspectiva do macroprocesso é a organização da rede de serviços, tendo a incumbência de integrar todos os diversos níveis

de atenção, onde acesso e resolutividade são palavras-chave. E finalmente, identificação dos grupos de risco e o uso de protocolos como ferramentas. No foco dos microprocessos, os autores relataram a atuação da equipe a coordenação do cuidado com a compreensão do trabalho em saúde de forma integrada, a vinculação e responsabilização do cuidador, a busca da produção da autonomia do usuário, fortalecendo a capacidade de cuidar de si.

Em publicações sobre Linha de cuidado em áreas mais específicas como para pacientes acometidos de neoplasia de cabeça e pescoço (DUBOW, 2014), o que se procurou verificar nesse artigo foi a configuração do fluxo dos sujeitos acometidos por esse agravo no sistema de saúde. Notou-se na verdade, a falta de uma linha de cuidado, em que os pacientes ingressaram por várias portas de entrada, permearam consultórios médicos particulares até chegar ao hospital de alta complexidade, onde para muitos foi o local de diagnóstico e tratamento, cujo tempo entre essas etapas levou de 1 mês a mais de um ano.

Semelhante pesquisa foi realizada por Bottega e Merlo, (2016) na área de saúde mental do trabalhador. No artigo, se propõem a criação de uma linha de cuidado onde a escuta deve ser considerada uma das ações mais importantes, assim como a construção de clínicas do cuidado onde o trabalhador poderia procurar atendimento e acolhimento.

Publicações de implantação de linhas de cuidado à nível hospitalar são mais escassas. Cecílio e Merhy em um artigo de 2003, apenas citam o trabalho realizado em 3 hospitais informados a seguir, mas sem trazer o exemplo da linha já construída: o 1 - Centro Infantil Boldrini, hospital pediátrico, onde foram trabalhadas as linhas de cuidados com crianças portadoras de câncer e cuidados com crianças portadoras de patologias hematológicas. 2 - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre, implantou-se as linhas de maternidade segura, crianças e adolescentes, mulher e saúde mental da mulher. 3 - Já em Volta Redonda, o Hospital São João Batista estaria trabalhando com as linhas de paciente adulto clínico-cirúrgico e materno-infantil.

Em nível local, identificamos a publicação da Linha de cuidados em obesidade: protocolo de atenção especializada integral à obesidade e síndrome metabólica do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC (JUNQUEIRA et al, 2015) que traz o delineamento do cuidado ao paciente obeso, bem como o protocolo de conduta de acordo com a necessidade de cada paciente.

A dificuldade de identificação de artigos pode estar relacionada ao número variado de descritores utilizados como palavra-chave. Apesar de alguns artigos citados terem a expressão linha de cuidado em seu título, apenas em um, a mesma aparecia nas palavras-chaves. Foi necessária a utilização de outros termos como Acesso à Saúde, Sistemas de Saúde, além da procura em mecanismos de busca como o Google, com o termo Linha de Cuidado para que pudéssemos identificar as publicações governamentais, por exemplo.

1.1.3 Violência sexual contra a mulher

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública¹, em 2017 foram registrados 61.032 casos de estupro, um crescimento de 10,1% em relação ao ano anterior. No Ceará, este número foi de 1755 casos, com crescimento de 4,4% em relação a 2016, uma taxa de 19,5/1000.000 habitantes.

Estupro é definido no Código Penal Brasileiro como um crime de ação pública, que consiste no ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Tal tipificação passou a vigorar no Título VI, que trata de crimes contra a dignidade sexual, conforme disposto na Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009², alterando a redação anterior que previa os crimes contra os costumes, cuja ação penal era privada.

Para as vítimas de estupro, as graves consequências perpassam entre os campos físico, psicológico e econômico. As vítimas podem sofrer lesões nos órgãos genitais (principalmente em crianças) além de agressões por violência física. Pode levar a uma gravidez indesejada e a contrair alguma doença sexualmente transmitida.

Transtornos psicológicos incluindo depressão, fobias, ansiedade, uso de drogas ilícitas, tentativas de suicídio e síndrome de estresse pós-traumático são consequências comuns nas vítimas, além da perda de produtividade³.

Pesquisas e relatórios de organizações internacionais apontam que uma a cada quatro mulheres no mundo é vítima de violência de gênero e perde um ano de vida potencialmente saudável a cada cinco⁴. No Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas a violência doméstica - forma mais recorrente da violência de gênero na esfera privada - sendo que 70% desses crimes contra mulheres ocorrem dentro de casa e são praticadas pelo próprio companheiro ou marido⁵.

Em 2011, com a publicação da Portaria nº104 do Ministério da Saúde⁶, os casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, passaram a fazer parte da Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

Os profissionais dos serviços de saúde têm papel fundamental na identificação e cuidado com as vítimas de violência. Propor um cuidado adequado, respeitando as nuances e a dificuldade da vítima de expressar seus medos e comunicar a violência.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual foi criada com o intuito de trazer a organização

da atenção de forma integralizada e de uma maneira interdisciplinar⁷. O estabelecimento de linhas de cuidado para essas mulheres e crianças tem o objetivo de uniformizar a atenção, engrandecer o elemento persona durante o atendimento logo após a violência bem como todo o processo de acompanhamento dessas pacientes.

A Maternidade-Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará é hospital de referência de média complexidade e tem como missão realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido. Com o credenciamento junto ao Ministério da Saúde como serviço especializado de atenção às pessoas em situação de violência sexual, em 2015, iniciou o projeto Superando Barreiras para o atendimento à essas mulheres em duas vertentes: cuidado à mulher vítima de estupro recente e cuidado à mulher com gestação decorrente de estupro.

A equipe do Superando Barreiras é multiprofissional, contando com médica sexóloga, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais e contam com o apoio de farmacêuticos, obstetras e ginecologista que passaram por treinamentos e capacitações para garantir o cuidado adequado, protegendo ainda mais essa mulher que já procura o serviço bastante fragilizada.

2 JUSTIFICATIVA

A concepção das linhas de cuidado deve representar um continuum assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e isto é mudança no pensamento organizacional. É fundamental que haja o funcionamento de forma articulada das diversas equipes de saúde, com o objetivo de termos uma visão macro do indivíduo e caracterizando um espaço coletivo dentro da organização e não hierarquizado para o desenvolvimento e implementação das ações em saúde (GONDIM, 2011).

Fazendo parte das metas estabelecidas entre o hospital e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o estabelecimento das linhas de cuidado é instrumento de melhoria de gestão a ser incorporado à todos os hospitais universitários, filiais da EBSERH.

Pretendemos modificar a atuação profissional através do estabelecimento de uma nova forma de olhar a paciente. Adicionar aos conhecimentos de cada profissional de saúde, a visão de que sua ação/intervenção não termina naquele momento mas que permeia todo o processo de atendimento intra e extrahospitalar.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Traçar linha de cuidado para as mulheres vítimas de violência sexual, atendidas na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar os pontos de cuidado no atendimento da mulher vítima de violência sexual.

Construir a linha de cuidado para o atendimento pós agravo imediato e gestação decorrente de estupro.

Consolidar as mudanças a serem implantadas na Gestão do Cuidado na Maternidade-Escola, bem como disseminar os conhecimentos sobre as linhas de cuidado entre os profissionais que fazem o hospital.

Descrever as etapas para a construção da linha.

Estabelecer o Plano Terapêutico.

Submeter artigo da linha de cuidado.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Segundo Silva & Menezes (2005, p.21), “a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento”. Classificando, portanto, nossa pesquisa, já que o objetivo geral é a construção de linhas de cuidado requerendo levantamento prévio de informações e descrição do fluxo de atendimento.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC). A MEAC atualmente conta com 209 leitos, dos quais apenas 165 encontram-se ativos em virtude das reformas realizadas na instituição. Coloca à disposição das pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) uma ampla infraestrutura ambulatorial, cirúrgica, obstétrica, diagnóstica, de emergência, nas áreas de obstetrícia, ginecologia, mastologia e neonatologia, desenvolvendo ações que resultam em uma atenção integral e humanizada às pacientes.

Disponibilizando desde 2015, o atendimento à mulher vítima de violência sexual seja após agravo imediato ou quando a gravidez é detectada, a MEAC é referência no estado Ceará, sendo exemplo na conduta desses atendimentos.

4.3 ESCOLHA DAS LINHAS DE CUIDADO

As linhas de cuidado a serem trabalhadas nesta pesquisa foram escolhidas a partir de um levantamento inicial dos principais processos ambulatoriais, dando prioridade para os ambulatórios com maior número de pacientes atendidas, complexidade ou especificidade do atendimento e cujo delineamento traria maior organização do cuidado.

Após esse levantamento prévio, chegamos a relação contendo 12 ambulatórios, a saber:

- Gestação de Alto Risco;
- Atendimento à Adolescente;
- Atendimento às Mulheres vítimas de violência sexual;

- Neonatologia;
- Uroginecologia;
- Endometriose;
- Mastologia;
- Cirurgia ginecológica;
- Patologias do Trato Genital Inferior;
- Climatério;
- Planejamento Familiar;
- Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A partir desse levantamento prévio, foi levada a relação dos ambulatórios para definição das primeiras linhas de cuidado a serem construídas através da avaliação e decisão por parte do Grupo Gestor da MEAC, formado por chefias de Divisão, Setores e Gerência de Atenção à Saúde, o qual definiu a construção das seguintes linhas:

1. Programa Superando Barreiras;
2. Ambulatório de Adolescentes;
3. Serviço de Medicina Materno-Fetal (gestação de alto risco).

Nesta dissertação, apresentaremos os resultados referentes ao programa Superando Barreiras, por ser uma área de atuação da MEAC dentro da rede assistencial, relativamente nova e que apresenta nuances diferentes no atendimento multiprofissional.

4.4 PLANEJAMENTO DAS OFICINAS E ESCOLHA DOS PARTICIPANTES

O ordenamento da atenção em linhas de cuidado, demanda inevitavelmente, seja para gestores ou profissionais, o conhecimento dos fatores que podem alterar, beneficiar, condicionar ou determinar os estados de saúde bem como quais os recursos disponíveis para a prevenção, promoção e recuperação, sem esquecer o componente específico de cada paciente, sua história, medos e crenças (CECCIM; FERLA, 2006).

Com esse pensamento, os participantes das oficinas devem representar cada profissão envolvida nos atendimentos dos três ambulatórios: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, assim como os profissionais que possam estar envolvidos na realização de exames laboratoriais ou de imagem.

Uma primeira reunião com membros dos três ambulatórios e outros profissionais que poderiam estar de alguma forma implicados na manutenção do fluxo contínuo da linha, foi

realizada para apresentação da estratégia de construção das linhas bem como definição da forma de trabalho através de oficinas, sendo enviados posteriormente, artigos selecionados para que os participantes tivessem uma melhor noção sobre a dimensão do trabalho. Os participantes foram escolhidos em conjunto com o núcleo gestor da MEAC e constava tanto de chefias quanto outros líderes ou membros da assistência de cada ambulatório.

A quantidade de oficinas, realizadas por ambulatório, dependeu da complexidade do fluxo a ser desenhado, levando quantas forem necessárias, sendo realizada uma oficina final para finalização e aceite de cada uma das linhas.

E de acordo com a necessidade, outros profissionais foram requisitados para participação na definição das linhas, como por exemplo, a área jurídica.

Todas as oficinas tiveram sua ata registrada em formulário específico da instituição, onde se informavam todas as deliberações e encaminhamentos posteriores.

4.5 ELEMENTOS CONSTANTES DAS LINHAS DE CUIDADO

Para o planejamento dessas linhas, os fluxos foram organizados no intuito de garantir ações resolutivas da equipe em todos os pontos de cuidado, centradas no acolhimento, comunicação eficiente e encaminhamentos por dentro de uma rede cuidadora. O usuário deve sentir-se parte do seu projeto terapêutico.

Em cada desenho, deveriam constar as portas de entrada, caminho da paciente na instituição de acordo com seu quadro, documentos e formulários a serem consultados ou utilizados, encaminhamentos para outros ambulatórios da instituição ou unidade básica de saúde ao final do fluxo de responsabilidade do ambulatório.










E para o documento final, cada profissional envolvido teve suas atividades descritas em cada ponto de atenção para garantir a integralidade do cuidado.




Os elementos foram elencados em cada oficina, elaborados com a equipe e modelados.

4.6 MODELAGEM DAS LINHAS DE CUIDADO

Para o desenho das linhas de cuidado, foi utilizado o Bizagi Modeler® versão 3.2.7.242, ferramenta gratuita que permite mapear e documentar os processos organizacionais com rapidez e facilidade, utilizando símbolos de fluxogramas já conhecidos (Quadro 3) e permitindo a publicação na internet das linhas de cuidado e todos os documentos relacionados.

Os objetos do Bizagi utilizados para a modelagem das linhas de cuidado foram:
 Quadro 3: Descrição dos objetos do Bizagi.

OBJETOS UTILIZADOS	
Eventos: representam algo que acontece ou pode acontecer durante o curso de um processo e afeta seu fluxo.	
	Evento de início do processo
	Evento intermediário com especificação de tempo: indica um tempo de espera dentro do processo.
	Evento de fim do processo
	Evento intermediário de link: Permite conectar duas seções do processo
Atividades: ações dentro do processo.	
	Atividade simples usada quando o trabalho não pode ser dividido em mais detalhes.
Gateways: elementos usados para controlar as convergências e divergências do fluxo.	
	Gateway Exclusivo baseado em dados, sendo usado para indicar: Divergência: apenas uma rota pode ser tomada dentre várias disponíveis. A decisão será tomada após uma avaliação condicional; Convergência: permite que caminhos diferentes se transformem em apenas um caminho resultante.
	
	Gateway paralelo: Divergência: para pontos no fluxo onde existem atividades que podem ser executadas simultaneamente ou em qualquer ordem; Convergência: permite juntar várias rotas executadas em paralelo em somente uma.
Indicativos de fluxo: mostra caminho a ser percorrido	
	Sequência de fluxo: seta contínua que indica o caminho seguido pelo processo.
Artefatos: símbolos que indicam materiais ou sistemas necessários para determinada atividade.	

	Anotação: É utilizada para fornecer informações adicionais ou comentários que facilitem a leitura do diagrama por parte do usuário.
	Objeto de dados: fornece informações sobre quais documentos, dados e outros objetos são usados e/ou atualizados durante o processo.
	Depósito de dados: fornece um mecanismo para a atividade recuperar ou atualizar informações documentadas.

Fonte: Elaborado pela autora.

5 RESULTADOS

A primeira oficina contou com a participação de profissionais que desenvolvem suas atividades nas três áreas, contando com presença de enfermeiras, assistentes sociais, médicos e responsáveis pelos exames laboratoriais e de imagem:

Figura 4 – Participantes da primeira oficina sobre linhas de cuidado.



Nesta oficina, apresentamos a proposta da estruturação de diversas linhas de cuidado na MEAC, bem como enfatizamos a importância da participação do maior número de profissionais possíveis, abrangendo todas as especialidades que participam do cuidado à paciente.

A linha de cuidado para as vítimas de violência foi escolhida por tratar de um assunto de relevância, o cuidado pode iniciar por várias portas de entrada. Não há idade definida da paciente, podendo ser adolescente, jovem, adulta ou idosa. Demanda uma carga emocional importante tanto para a equipe quanto para a mulher.

Em 2018, 101 pacientes procuraram o serviço, sendo:

- 89 preenchimentos SINAN;
- 40 pacientes grávidas;
- 12 pacientes provenientes de escuta ambulatorial e sem SINAN (Provável violência há mais de 1 ano);

- 21 interrupções realizadas.

A diferença entre gestantes que buscaram e que realizaram a interrupção se deve ao fato de algumas estarem fora do perfil da MEAC, outras terem escolhido manter a gestação, outras não retornaram.

Para o desenho das linhas de cuidado referentes ao atendimento da mulher vítima de violência, seja no agravo imediato, seja para interrupção da gestação, foram realizadas, 4 oficinas, contando com a presença de 19 profissionais.

A discussão sobre o atendimento para o abortamento legal foi mais intensa e profunda, tendo em vista a adequação à legislação vigente e os aspectos emocionais dos profissionais envolvidos, necessitando inclusive o apoio do Setor Jurídico do Complexo Hospitalar e realizadas em 2 encontros.

O desenho dessa linha também seguiu os preceitos da norma técnica lançada pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) quanto aos termos e documentos necessários para efetivação da interrupção da gestação.

A objeção de consciência, é “a recusa ao cumprimento dos deveres incompatíveis com as convicções morais, políticas e filosóficas” (BUZZANELLO, 2001) e quando relacionada ao aborto, independe da licitude do ato e é um grande obstáculo enfrentado nos lugares que oferecem a interrupção legal da gestação. Qualquer profissional pode vir a negar realização da interrupção por valores morais. Para contornar essa situação, formou-se uma equipe de profissionais que ficariam responsáveis por conduzir esse atendimento. No intuito de diminuir essa problemática, optou-se por diminuir o número de semanas de gestação máximo para interrupção da gravidez.

Além da construção do fluxo da linha de cuidado, todos os documentos, protocolos e planos terapêuticos foram discutidos e atualizados e estão relacionados nos anexos de A a F. O desenho específico da linha pós agravo imediato está no Apêndice A.

A seguir, apresentamos o artigo submetido à Revista de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

5.1 LINHA DE CUIDADO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: SUPERANDO BARREIRAS.

Line of care of women victims of sexual violence: Overcoming barriers.

Tatiana Amancio Campos Crispim¹, Débora Fernandes Brito², Ilana Leila Barbosa de Lima³, Ineida Maria Coelho Sales⁴, Verbena Paula Sandy Guedes⁵, Eclésia Fragoço Nogueira⁶, Francisco Edson de Lucena Feitosa⁷.

1 Farmacêutica, mestre em Saúde da Mulher e da Criança, Unidade de Farmácia Hospitalar da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. 2 Ginecologista, especialista em Sexologia, Unidade de Atenção à Saúde da Mulher da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará. 3. Psicóloga, Mestre em Educação Especial, Unidade de Atenção Psicossocial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará. 4 Enfermeira, especialista em Enfermagem Obstétrica, Unidade de Pronto Atendimento da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará. 5 Assistente social, Especialista em Família: Uma abordagem sistêmica, Unidade de Atenção Psicossocial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará. 6. Enfermeira, especialista em Saúde Pública, Serviço de Adolescente da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará. 7 Obstetra, doutor em Tocoginecologia, Professor Adjunto da Universidade Federal do Ceará, Divisão de Gestão do Cuidado da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará.

RESUMO

A violência sexual contra a mulher vem crescendo nos últimos anos. Além da agressão física, essa violência repercute a nível psicológico e sobre a saúde da vítima. Fazendo parte da política nacional de atenção à mulher, a linha de cuidado tem o objetivo de traçar o percurso da paciente dentro e fora da instituição hospitalar. Este documento propõem as diretrizes e a organização do cuidado às vítimas de violência sexual pós agravo imediato, oferecido pela Maternidade-Escola Assis Chateaubriand.

ABSTRACT

Sexual violence against women has been growing in recent years. In addition to physical aggression, this violence has repercussions on the psychological level and on the health of the victim. As part of the national policy of attention to women, the care line has the objective of tracing the patient's journey inside and outside the hospital institution. This document

proposes the guidelines and the organization of care for the victims of sexual violence after immediate aggravation, offered by Maternity-School Assis Chateaubriand.

Palavras-chave: assistência centrada no paciente, delitos sexuais, padrão de cuidado, protocolos clínicos, saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública¹, em 2017 foram registrados 61.032 casos de estupro, um crescimento de 10,1% em relação ao ano anterior. No Ceará, este número foi de 1755 casos, com crescimento de 4,4% em relação a 2016, uma taxa de 19,5/1000.000 habitantes.

Estupro é definido no Código Penal Brasileiro como um crime de ação pública, que consiste no ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Tal tipificação passou a vigorar no Título VI, que trata de crimes contra a dignidade sexual, conforme disposto na Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009², alterando a redação anterior que previa os crimes contra os costumes, cuja ação penal era privada.

Para as vítimas de estupro, as graves consequências perpassam entre os campos físico, psicológico e econômico. As vítimas podem sofrer lesões nos órgãos genitais (principalmente em crianças) além de agressões por violência física. Pode levar a uma gravidez indesejada e a contrair alguma doença sexualmente transmitida.

Transtornos psicológicos incluindo depressão, fobias, ansiedade, uso de drogas ilícitas, tentativas de suicídio e síndrome de estresse pós-traumático são consequências comuns nas vítimas, além da perda de produtividade³.

Pesquisas e relatórios de organizações internacionais apontam que uma a cada quatro mulheres no mundo é vítima de violência de gênero e perde um ano de vida potencialmente saudável a cada cinco⁴. No Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas a violência doméstica - forma mais recorrente da violência de gênero na esfera privada - sendo que 70% desses crimes contra mulheres ocorrem dentro de casa e são praticadas pelo próprio companheiro ou marido⁵.

Em 2011, com a publicação da Portaria nº104 do Ministério da Saúde⁶, os casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, passaram a fazer parte da Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

Os profissionais dos serviços de saúde têm papel fundamental na identificação e cuidado com as vítimas de violência. Propor um cuidado adequado, respeitando as nuances e a dificuldade da vítima de expressar seus medos e comunicar a violência.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual foi criada com o intuito de trazer a organização da atenção de forma integralizada e de uma maneira interdisciplinar⁷. O estabelecimento de linhas de cuidado para essas mulheres e crianças tem o objetivo de uniformizar a atenção, engrandecer o elemento persona durante o atendimento logo após a violência bem como todo o processo de acompanhamento dessas pacientes.

A Maternidade-Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará é hospital de referência de média complexidade e tem como missão realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido. Com o credenciamento junto ao Ministério da Saúde como serviço especializado de atenção às pessoas em situação de violência sexual, em 2015, iniciou o projeto Superando Barreiras para o atendimento à essas mulheres em duas vertentes: cuidado à mulher vítima de estupro recente e cuidado à mulher com gestação decorrente de estupro.

A equipe do Superando Barreiras é multiprofissional, contando com médica sexóloga, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais e contam com o apoio de farmacêuticos, obstetras e ginecologista que passaram por treinamentos e capacitações para garantir o cuidado adequado, protegendo ainda mais essa mulher que já procura o serviço bastante fragilizada.

Para cada situação, estão descritas as atividades e responsabilidades de cada profissional, mas sem perder o eixo fundamental da assistência segura e integral. O caminho a ser percorrido durante a assistência à vítima nos casos de pós agravo imediato e suas diretrizes estão resumidas na figura 1.

Cuidados no atendimento de casos pós agravo imediato

A assistência às vítimas, deve ser iniciado o mais rápido possível após a ocorrência da violência. A demora na procura de algum serviço ainda está ligada aos sentimentos de vergonha e culpa que infelizmente, a sociedade deixa arraigado na cultura. Quanto mais cedo a procura, maior a chance de prevenção de maiores danos à saúde, como gravidez indesejada ou infecção por doenças sexualmente transmissíveis.

A porta de entrada da paciente pode se dar pelo Setor de Emergência ou identificada em algum outro ambulatório da Maternidade e encaminhada para atendimento.

Momento primordial de toda a linha de cuidado é o momento do acolhimento da vítima da violência. Nesse primeiro contato, ela já deve sentir que será bem cuidada, preservando sua identidade e o motivo da procura pelo atendimento. Ela deve ser acolhida em sala separada mas sem identificação da finalidade sendo um espaço de escuta qualificado e de privacidade durante o atendimento, para propiciar ambiente de confiança e respeito à vítima

Atendimento no Setor de Emergência

A atuação dos enfermeiros frente o atendimento a mulher em situação de violência na Emergência da Maternidade-Escola perpassa pela assistência técnica onde é realizado todos os procedimentos definidos em protocolo pela equipe técnica do Superando Barreiras segundo orientação das normas técnicas do Ministério da saúde trabalhando a forma preventiva das doenças infecciosas transmitidas pelo ato sexual.

Trabalhando em uma forma de busca ativa de casos suspeitos de violência com a escuta qualificada na sala de acolhimento e classificação de risco, nesse momento ao ser atestado uma mulher que esteja em situação de violência é orientado de imediato a equipe de psicologia que fora uma abordagem singular a paciente, para definição da melhor forma de condução do caso junto a toda equipe de emergência.

A psicóloga faz parte da equipe interdisciplinar no setor de emergência, e, na ocasião da chegada da mulher vítima de violência, o profissional de psicologia é logo acionado, juntamente com o serviço social. Durante o primeiro contato, o acolhimento é realizado de acordo com as necessidades da usuária, das características da demanda, da idade, da gravidade, das peculiaridades de cada caso. A atuação da psicologia objetiva minimizar alterações psíquicas apresentadas pela pessoa no momento da sua chegada à Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Quando se trata de violência acontecida nas últimas setenta e duas horas (caso agudo), o atendimento segue em um curso; quando o abuso é crônico, a atuação profissional é diferente; nos casos de gravidez proveniente de violência sexual e, se é desejo da vítima interrompê-la, a abordagem e direcionamento mudam. Cada caso apresenta a sua especificidade, dada a subjetividade que a envolve.

Na ocasião do primeiro contato, dois instrumentais são preenchidos: ficha do “Sistema de Informação de Agravos Notificação (SINAN) e Ficha Hospitalar de Registro de Atendimento das Situações de Violência Sexual. Esses documentos são inseridos no Prontuário da usuária para que sejam utilizados por toda equipe interdisciplinar, com o objetivo de fazer com que a mesma não seja solicitada a repetir toda história. A repetição deve acontecer quando necessária a melhor compreensão e definição das ações. Muitas vezes, a ocasião favorece a

discussão do caso com toda equipe para definir condutas adequadas. Evitar revitimização é parte fundamental do trabalho em equipe. À medida que a usuária responde os questionamentos, aspectos emocionais dolorosos podem ser minimizados.

Profilaxia pós exposição de risco

Com o intuito de prevenir gravidez indesejada ou infecções sexualmente transmissíveis, poderão ser prescritos medicamentos de acordo com as características da paciente também levando-se em consideração o tempo decorrido após o estupro.

O plano terapêutico estabelecido para a linha de cuidado, descrito na Figura 2, traz todos os medicamentos necessários para a profilaxia da gravidez, hepatite B, infecções sexualmente transmissíveis não virais e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Infecções sexualmente transmissíveis (IST) não virais

A profilaxia das ISTs não virais é indicada nas situações com exposição com risco de transmissão e independe da presença de lesões físicas ou idade. A prevalência de IST nesse tipo de violência é elevada e o risco de infecções pode aumentar com o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), número de agressores, tempo de exposição, dentre outros. Gonorreia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancroide podem ser prevenidos com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Algumas IST virais, como as infecções por HSV e HPV, ainda não possuem profilaxias específicas⁸.

O esquema recomendado para mulheres adultas e adolescentes é composto por penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina e a posologia utilizada foi baseado no que é preconizado na literatura⁵.

Contracepção de emergência

Como grande parte dos crimes de violência sexual ocorrem na idade reprodutiva da mulher e podem levar a uma gravidez em cerca de 0,5 a 5% dos casos, deve ser oferecida a contracepção de emergência, para evitar o que muitas mulheres sentem como uma segunda violência⁵.

O fármaco de escolha é o levonorgestrel 0,75mg a ser administrado em dose única de 1,5mg. Os efeitos adversos mais frequentes são náuseas e vômitos e o seu uso não costuma acarretar sangramento e não afetaria o ciclo menstrual⁸. O índice de efetividade para cada ato sexual desprotegido é de 75% (ou seja, para cada quatro relações sexuais desprotegidas, o método é capaz de prevenir três gestações).

Imunoprofilaxia contra Hepatite B

A profilaxia contra hepatites virais deve ser realizada quando ocorre exposição a sêmen, sangue ou outro fluido corporal e em condições de dúvidas ou desconhecimento do status vacinal.

Utiliza-se imunoglobulina anti-Hepatite B na dose de 0,06mL/Kg, devendo-se atentar para apresentação da ampola fornecida pelo Ministério da Saúde que pode ser de 200 Unidades Internacionais/mL ou 180 Unidades Internacionais/mL e deve ser administrada até 72h após o agravo para maior eficácia, podendo ser estendido até 14 dias no máximo.

A imunoprofilaxia é realizada quando não há informações concretas de administração anterior de doses de vacina anti Hepatite B.

Infecção pelo HIV

Podendo acontecer entre 0,8 e 2,7% dos casos, o risco de transmissão de infecção pelo HIV é uma das grandes preocupações das vítimas de violência sexual. Assim como para as ISTs, o risco de infecção depende de vários fatores, porém lacerações podem chegar a 40% nas mulheres violentadas, considerando-se assim, a necessidade de profilaxia semelhante ao que ocorre com os casos de acidentes com materiais biológicos, sendo imprescindível o início precoce em no máximo 72 horas após a exposição. Após esse período não há mais benefícios da profilaxia. Outra variável a ser considerada para a prescrição de antirretrovirais, é o resultado do teste rápido.

Sempre em atualização, o esquema de antirretrovirais atualmente em uso, de acordo com o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais do Ministério da Saúde⁸ é Tenofovir combinado com Lamivudina e Dolutegravir. A paciente deve ser orientada sobre os possíveis efeitos adversos e a importância da adesão ao tratamento de 28 dias. A prescrição padrão também está disponível dentro da linha de cuidado.

Continuidade da assistência no Ambulatório Superando Barreiras

No primeiro atendimento pela médica sexóloga, é realizada apresentação desta profissional à paciente (nome e um pouco de como se dá essa atuação na MEAC e como chegou-se a estar trabalhando com vítimas de violência sexual) – esse passo é importante para a construção de um vínculo de confiança com a profissional e o trabalho oferecido. São realizados esclarecimentos com relação ao Programa Superando Barreiras tais como: objetivos, como se

deu a implantação, quem são os profissionais que compõem a equipe multiprofissional e alguns dados sobre o perfil de mulheres que tem sido atendido.

A psicoeducação é uma intervenção que, envolvendo diferentes teorias psicológicas e educativas, propicia uma maneira de auxiliar o tratamento a partir das mudanças comportamentais, sociais e emocionais cujo trabalho permite a prevenção na saúde¹⁰. Segundo o autor, ao ensinar os pacientes a se ajudarem, propicia-se conscientização e autonomia.

Através dessa estratégia, ampliamos as informações que a paciente tem sobre violência sexual, e ela passa a ter um conhecimento menos fragmentado sobre esse tema e seus possíveis desfechos. Compreenderá a importância do seu seguimento e o de cada braço de atenção oferecido pelo programa, além da multiplicidade de aspectos envolvidos na temática da violência sexual.

São realizadas orientações sobre a importância de ter um acompanhamento em saúde em vítimas de violência sexual para a prevenção de desfechos negativos decorrentes do evento traumático, tais como diminuição da autoestima e autoconfiança e questões de saúde mental - transtornos do humor, prejuízo nas relações interpessoais e afetivas, uso abusivo álcool ou outras drogas etc; além de revitimização, entre outras. A paciente (ou o responsável, no caso de crianças) mapeia suas expectativas e percepções, além de compartilhar outros aspectos com relação ao(s) episódio(s) de violência sexual.

É comum a sensação de culpa por parte da vítima ou responsáveis, e aqui é reforçado o trabalho de isenção dessa culpa, e a reestruturação cognitiva das crenças de medo e vergonha. Espera-se que com o seguimento multiprofissional, que a paciente possa recuperar-se emocionalmente evitando a possível evolução para um Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), a infecção por IST e/ou HIV ou qualquer outro comprometido de saúde de ordem física, mental e/ou social. Será nas visitas e atendimentos subsequentes, que acompanharemos a adesão da paciente à terapia antirretroviral (quando necessário), avaliaremos as estratégias desenvolvidas para lidar com o trauma e reestruturar a rotina de vida, os vínculos afetivos, a autoestima e autoconfiança e acompanharemos como ela tem experienciado seu acompanhamento multidisciplinar, a partir de suas próprias expectativas.

Espera-se que a paciente possa alcançar os objetivos propostos pelo programa, bem como desenvolver estratégias que diminuam o risco de revitimização sexual. Essa evolução é acompanhada através das discussões de caso em equipe multiprofissional e durante os atendimentos, pelos relatos das pacientes e registros dos atendimentos no prontuário.

Encaminhamento para outros ambulatórios da instituição

Todas as pacientes menores de 18 anos são encaminhadas através de interconsulta, para o ambulatório de adolescentes. Lá elas continuarão em seguimento mesmo após a alta do Superando Barreiras.

As pacientes maiores de 18 anos, é oferecido seguimento no ambulatório de ISTs caso apresentem queixas ginecológicas sugestivas. Esse encaminhamento também é feito por interconsulta.

Atuação transdisciplinar na continuidade dos atendimentos.

A estratégia de cuidado no Superando Barreiras tem como objetivo maior a saúde da paciente em acompanhamento. Dessa forma, a equipe constrói os momentos de atendimento, levando em consideração a individualidade de cada caso. Esses são discutidos pelos profissionais da equipe de seguimento para definir as metas e necessidades em cada situação e organizarem-se as datas de retorno, se as consultas serão individuais ou em grupo. Sob a perspectiva da transdisciplinaridade, não se procura o domínio de um campo de cuidado sobre as outras disciplinas, mas a abertura de todas elas aquilo que as atravessa e as ultrapassa.

Avaliação dos aspectos sociais determinantes da vulnerabilidade

Conhecer a rede de apoio familiar e social da paciente, como por exemplo se estuda, trabalha (carteira assinada ou não), onde e com quem reside (inclusive se alguém tem o conhecimento da situação e relacionamento familiar). Escolaridade, renda familiar e se recebe benefício socioassistencial (Benefício de Prestação Continuada, Bolsa Família). Se faz uso de substâncias psicoativas e se tem alguém da família usuário^{11,12}.

Quando acionar o Conselho Tutelar

Em caso de menores de 18 anos, deve-se verificar o local de moradia para acionar o Conselho Tutelar da área, mediante relatório circunstanciado¹³. Se verificar que há risco para a criança e a adolescente, o Conselho é acionado imediatamente para auxiliar a família nessa situação. Intervir dentro dos condicionantes e determinantes no processo saúde e doença.

Como checar a ciência da família?

A paciente pode já verbalizar se alguém da família tem conhecimento. É garantido o sigilo se for o desejo da paciente maior de 18 anos, contudo sempre sensibilizamos para a importância do suporte familiar. Mas em se tratando de menores de 18 anos, o representante

legal da paciente, caso não esteja presente, deve ser solicitada a presença para os devidos esclarecimentos e encaminhamentos. Avaliar a singularidade de cada caso.

Serviço de apoio à família

No ambulatório, é realizada a escuta da família para orientações quanto ao acompanhamento, aos aspectos legais pertinentes ao caso. Muitas vezes não sabem lidar com a situação. Quando a violência é intrafamiliar há toda uma mudança na dinâmica familiar. Nesses casos são estimulados a procurar apoio psicológico fora da instituição.

Ressaltamos também que trabalhamos na perspectiva de garantias de direitos da criança, da adolescente e das mulheres.

Atendimento do profissional da psicologia

A atuação profissional da psicologia envolve tanto os usuários do serviço, quanto os profissionais da assistência. As psicólogas utilizam os conhecimentos teóricos para dar subsídios aos profissionais, sejam eles de nível elementar, médio ou superior, na forma de educação permanente e em serviço, para que o melhor atendimento seja oferecido à usuária do Programa Superando Barreiras, em acordo com a visão, missão e valores institucionais.

Como a violência sexual é um tema bastante delicado, o cuidado, respeito, sigilo, menor julgamento e preconceito possíveis, além da consideração das fragilidades emocionais da vítima, são fundamentais. Além de todo arcabouço teórico que compõe a formação do profissional da área, o código de ética da categoria, as políticas ministeriais para o assunto, a Norma Técnica do Ministério da Saúde, permeiam esta atuação. O ambiente hospitalar por si é gerador de ansiedade, medo e angústia frente às circunstâncias desconhecidas, e, quando tratamos da referida demanda, violência sexual, a situação fica ainda mais delicada.

Depois de realizado atendimento psicológico no setor de emergência, buscando oferecer assistência integral, a usuária é encaminhada ao seguimento ambulatorial para os futuros desdobramentos. O atendimento psicológico ambulatorial visa trabalhar aspectos relacionados às demandas trazidas pela cliente, que giram em torno do transtorno do estresse pós-traumático, da desestruturação psíquica geral, da insegurança provocada pela violência urbana e de gênero, das disfunções sexuais, do fortalecimento da autoestima e autoconfiança, dentre outros. A autonomia do sujeito deve ser fortalecida, afim de que este possa dar seguimento a sua vida, apesar do episódio vivenciado.

Contribuir para a reestruturação emocional e social da mulher é um componente importante que deve ser observado por todos os membros da equipe de saúde, em todas as fases

do atendimento. O atendimento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta, mantido durante todo o período de atendimento e pelo tempo que for necessário.

Assistência de Enfermagem Ambulatorial

A enfermagem realiza acolhimento conjunto com a equipe interdisciplinar através da escuta qualificada para compreensão da situação de vulnerabilidade que levou à violência. Essa acolhida tem como objetivo prestar uma atenção individualizada à vítima, garantindo-lhe sigilo, proteção e os encaminhamento adequados.

A escuta deve ser realizada com sensibilidade, solidariedade, buscando rastrear dentro do processo outras situações que possam afetar ou contribuir a integridade física e emocional dessa mulher, a fim de identificar situações de violência que estejam mascaradas através do silêncio, do medo e da vergonha.

Uma vez identificada a vulnerabilidade, bem como os agravos, a cliente e sua rede de apoio são acompanhadas ao longo de 6 meses pelos os profissionais e nas diversas abordagens que serão realizadas, a equipe irá identificar situações favoráveis para se trabalhar ações voltadas para o tratamento e prevenção de agravos.

No atendimento individual de enfermagem busca-se conhecer a rotina diária de cada cliente como: qual a ocupação profissional, o grau de escolaridade, em qual situação ocorreu a violência, se há relacionamento ou envolvimento prévio com o violentador, o comportamento sexual, a orientação sexual, uso de métodos contraceptivos e outros aspectos que podem surgir no decorrer das entrevistas e que serão importantes para a compreensão do contexto da agressão ou para definir uma linha de abordagem a ser adotada pela equipe, de forma individualizada e centrada nas necessidades de cada pessoa.

Em situações agudas, a enfermagem também atua revisando e conferindo o cumprimento do protocolo de atendimento em situações de violência: se ocorreu a administração da profilaxia para ISTs e gravidez (em pacientes em período reprodutivo), bem como, investiga a ocorrência de reações adversas e a realização de testes rápido de acordo com nota técnica do Ministério da saúde e protocolo institucional.

Durante a consulta de enfermagem procura-se deixar a cliente à vontade para que ela possa expressar suas emoções e toda a atenção está voltada para o seu relato. Durante a consulta, busca-se saber se a vítima mencionou o caso de violência para alguém de sua confiança ou se a família sabe do ocorrido.

Quando se detecta que o caso de violência ocorreu nos últimos 12 meses, é oferecido à paciente o acompanhamento no programa Superando Barreiras. Quando o relato da paciente constitui abuso crônico e os episódios de agressão tenham cessado em um período maior que 12 meses, encaminha-se a mulher ao serviço de psicologia que realiza o atendimento para avaliação, seguimento ou encaminhamento a outros serviços necessários.

Em situações de abuso de mulheres em qualquer fase da vida que constitua vulnerabilidade por deficiência cognitiva, além dos cuidados acima relatados se providencia a devida comunicação aos órgãos legais de acordo com a peculiaridade do caso. No caso de menores de 18 anos, a notificação ao conselho tutelar é compulsória.

Critérios de alta

A alta no Superando Barreiras é decidida em discussão do caso pela equipe, levando-se em consideração a recuperação psicoemocional da paciente com relação ao evento traumático bem como a aquisição de estratégias preventivas de revitimização. Além disso, é verificado o alcance do que inicialmente havia sido proposto como objetivo na atenção ao caso pelos integrantes da equipe transdisciplinar.

Referências.

1. Fórum Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. Anuário Brasileiro de Segurança Pública – Edição Especial 2018: Análises dos Estados e Facções Prisionais. [citado 2018 nov 05]. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica-edicao-especial-2018-analises-dos-estados-e-faccoes-prisionais/>>
2. Brasil. Lei nº 12.015 de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial da União 10 ago 2009; 151: 1.
3. Cerqueira D, Coelho, D. S.C. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. Nota Técnica nº 11. Brasília. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014.
4. World Health Organization. General Assembly. In-Depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary General. Genebra, 2006.

5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília, DF, 2012.

6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2009. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União 26 jan 2011; 18: 1.

7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004.

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF, 2018.

9. Ministério da Saúde (BR); Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres. Brasília, DF, 2016.

10. Authier, J. The Psychoeducation Model: Definition, contemporary roots and content. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 1977;12(1):15-22.

11. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília: CFSS, 2010.

12. Brasil. Lei nº 12.864 de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Diário Oficial da União 25 set 2013; 186:1.


13. Brasil. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União 27 jun 2014; 121:1.

Figura 1: Caminho a ser percorrido no atendimento dos casos de pós agravo imediato

EMERGÊNCIA	ATENDIMENTO AMBULATORIAL	ALTA
<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Enfermagem: testes rápidos, solicitar demais profissionais; • Assistente social: orientação sobre redes de apoio e questões legais; • Psicólogo: suporte emocional; • Médico: exame clínico, profilaxias necessárias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Médica sexóloga: orientações sobre o programa Superando Barreiras, psicoeducação sexual, encaminhamento para ambulatório de adolescentes ou de infecções sexualmente transmissíveis de acordo com o caso, acompanhamento dos desfechos; • Assistente social: avaliação da vulnerabilidade, acionamento de conselho tutelar, serviço de apoio à família; • Psicólogo: suporte emocional; • Enfermagem: orientação sobre cuidados em saúde, testes rápidos no 3º e 6º mês. 	<ul style="list-style-type: none"> • Após acompanhamento de no mínimo 6 meses, a alta é considerada de acordo com os critérios estabelecidos.

Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 2: Plano Terapêutico de profilaxia pós exposição de risco

REQUISIÇÃO PARA DOSE		1ª VIA - PRONTUÁRIO
		PLTMED-SUP.001 Página 1/1 Emissão: 27/12/2016 Revisão Nº: 02 – 17/10/2018
Plano Terapêutico		
PROFILAXIAS APÓS EXPOSIÇÃO DE RISCO		
DATA:	ALERGIA:	Preencha os dados completos do(a) paciente OU cole aqui a etiqueta de identificação
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	NOME DA MÃE:	
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	
	LEITO:	
PLANO TERAPÊUTICO		HORÁRIOS
1) Azitromicina 500mg comprimido. Administrar 1 g (2 comprimidos) por Via Oral, em dose única.		
2) Ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1 g (1 Frasco-Ampola) em 10 mL de água destilada, fazer 2,5mL da solução por via IntraMuscular.		
3) Penicilina G Benzatina 1.200.000 Unidades (300.000 Unidades/mL), Frasco-Ampola (4mL). Fazer 2.400.000 Unidades (2 Frascos-Ampola – 8 mL) por via IntraMuscular profunda.		
4) Levonorgestrel 0,75mg comprimido. Administrar 1,5 mg (2 comprimidos) por Via Oral, em dose única.		
5) Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B. Fazer _____ mL por via IntraMuscular, em dose única. (0,06 mL/Kg – ampola 200 Unidades Internacionais). VER OBSERVAÇÃO 1		
6)		
7)		
8)		
9)		
10)		

OBS1.: Até 72h – máximo 14 dias.

Fonte: Elaborado pelos autores

5.2 DESENHO DA LINHA DE CUIDADO NO ATENDIMENTO DA INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DE CORRENTE DE ESTUPRO

Figura 5: Linha de cuidado no atendimento da interrupção da gestação decorrente de estupro.

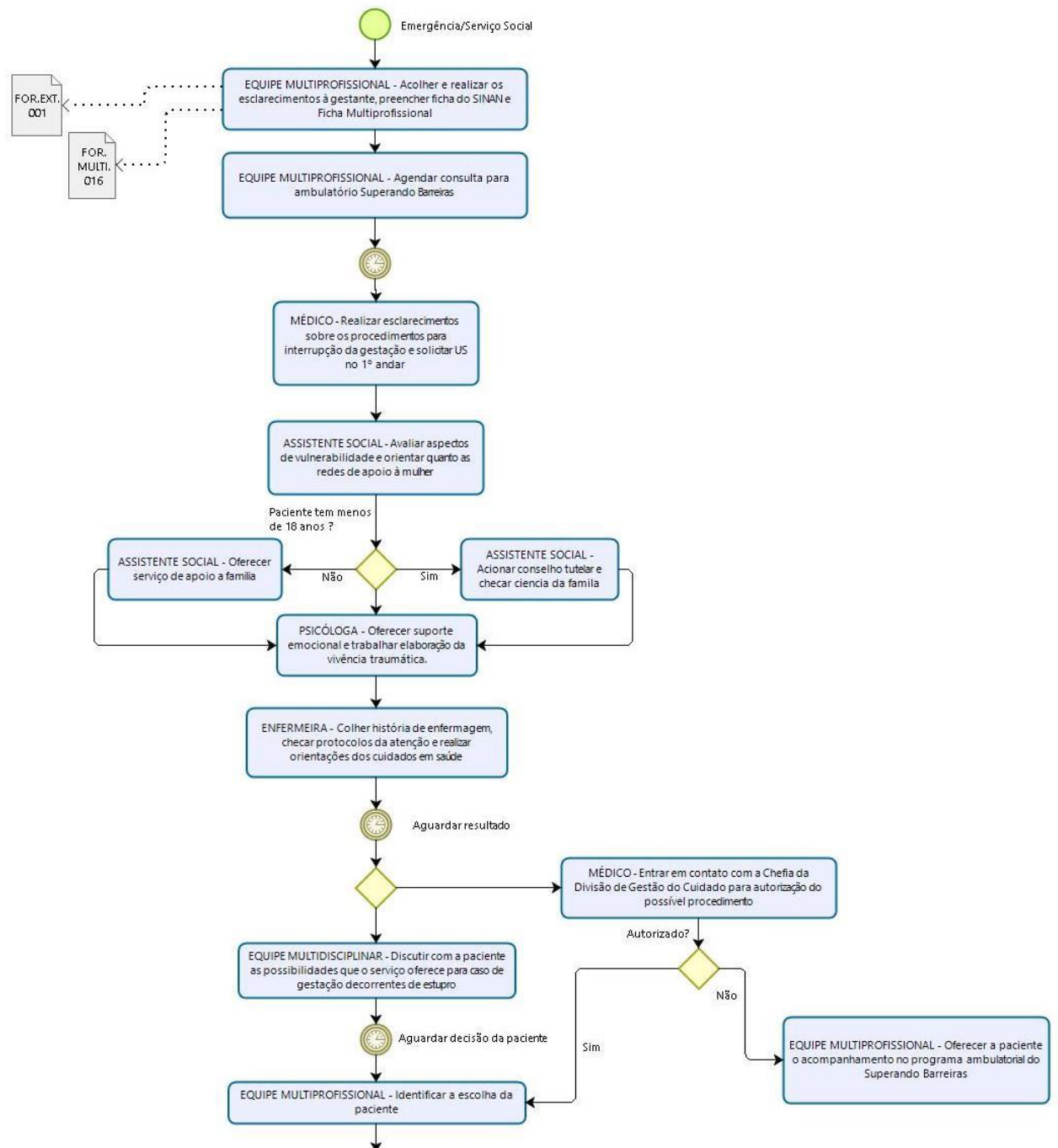
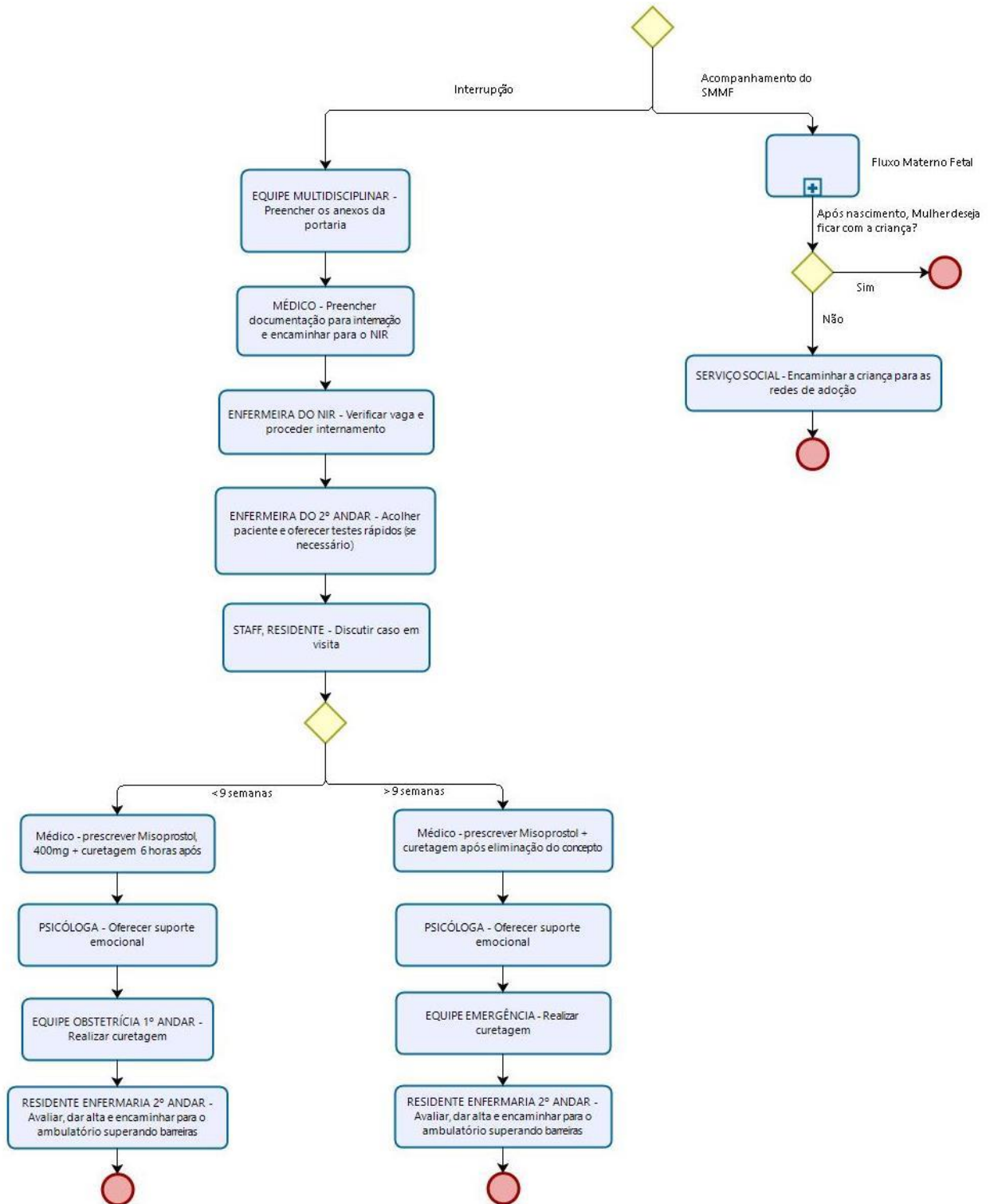


Figura 5(cont): Linha de cuidado no atendimento da interrupção da gestação decorrente de estupro.



6 DISCUSSÃO

A gestão do cuidado dentro das instituições hospitalares como a Maternidade alvo deste estudo, permeia ações e conhecimentos desde a alta gerência, passando pelas áreas de apoio até chegar aos diversos saberes dos profissionais envolvidos diretamente com a assistência aos pacientes, estejam eles internados ou atendidos nos diversos ambulatórios.

Um dos principais retornos durante a elaboração das linhas foi a rica discussão ocorrida entre os profissionais envolvidos em cada área e o repasse de informações e visões de todos os envolvidos. Assim, foi possível criar um ambiente de troca de opiniões sobre o caminhar da paciente dentro da instituição de uma forma aberta, clara e visando sempre a melhoria da assistência sem esquecer a segurança.

Os debates fomentaram a busca por novas estratégias de atendimento e organização dos ambientes, bem com a necessidade de atualização para os profissionais envolvidos e a busca de *benchmarking* junto à outros serviços.

Para a linha de cuidado da mulher vítima de violência, verificamos que era premente a necessidade de alinhamento de condutas entre as equipes. Das áreas que seriam estudadas, esta era a única cujo atendimento permeia período diurno e noturno, durante todos os dias do ano. Com tantas profissões, pessoas e setores diferentes envolvidos, a discussão conseguiu traçar o que de melhor poderíamos oferecer à essa mulher que procura assistência em um momento tão delicado, física e emocionalmente. Pôde-se por exemplo, garantir local único de atendimento na emergência para garantir a privacidade da paciente.

Identificou-se com os relatos, a necessidade urgente de sensibilização da equipe da Maternidade como um todo, sobre a conduta a ser seguida no atendimento a essas mulheres e em muitos casos, crianças, que precisam ser internadas e por isso, assistidas por outras pessoas que não estão ligadas diretamente ao projeto Superando Barreiras.

Outra necessidade que veio à tona durante as oficinas sobre o atendimento de vítimas de violência sexual, foi a procura de apoio junto à área jurídica do complexo hospitalar universitário, para tornar possível o embasamento das ações de cuidado à paciente garantindo a segurança de estar agindo de acordo com suas necessidades de atendimento em saúde e dentro da legalidade permitida pela jurisdição brasileira no que tange às políticas do aborto legal, por exemplo. Essas consultas levaram, inclusive às audiências com o Ministério Público para divulgar as atividades de atendimento dessas mulheres dentro da Maternidade e mostrar a necessidade de apoio das autoridades competentes.

O alinhamento de conduta entre as equipes foi crucial para que o atendimento siga uma

trajetória única, independente do momento e do dia em que ele ocorra. Não só pensando naqueles que lidam diretamente com a paciente, mas também, nas equipes que servem de apoio como a Farmácia, por exemplo, que já mantém separado os medicamentos previstos no plano terapêutico em um kit separado, pronto para dispensação a qualquer hora. Porém, existe a dificuldade de manutenção de estoque de imunoglobulina anti-hepatite B, disponibilizada pela Secretaria de Saúde do Ceará mas somente após apresentação da prescrição médica, causando uma espera da paciente até a chegada do medicamento, bem como dificuldade de contato nos finais de semana.

A maior dificuldade enfrentada foi a conclusão da linha de cuidado contendo a integralização da rede de cuidados fora da instituição.

Atualmente em Fortaleza, prestam serviço semelhante a da Maternidade alvo do estudo, o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), o Hospital da Mulher e o Hospital Distrital Gonzaguinha de Messejana, porém em alguns locais ainda de forma incipiente. O HGF, por exemplo, iniciou os atendimentos no final de 2018 e atendeu apenas 2 casos até o dia 28 de março de 2019 (informação verbal)¹, segundo relato de integrante.

Como parte da Política para Mulheres do Governo Federal, a Casa da Mulher Brasileira foi criada com o intuito de oferecer no mesmo espaço serviços de acolhimento e triagem, apoio psicossocial, serviço de promoção de autonomia econômica, espaço de cuidado para crianças (brinquedoteca), alojamento de passagem e central de transportes. O espaço conta ainda com Delegacia da Mulher, Ministério Público, Defensoria Pública e Juizado Especial.

Apesar da oferta de muitos serviços diferentes, não há definição clara das formas de encaminhamento para inclusão da linha de cuidado. Nota-se ainda, falta de consenso nas informações, onde por exemplo, informaram que além do cadastro no SINAN, a instituição deverá ligar para a Regional referente ao domicílio da paciente para informar sobre o agravo mas não souberam dizer o motivo dessa informação adicional e o que isso iria gerar.

No dia 28 de março de 2019, a equipe do Superando Barreiras da Maternidade-Escola foi convidada a participar do evento: Roda de conversa: Atenção Integral às mulheres em situação de violência, onde foram debatidas ações nas áreas de notificação compulsória, atenção à mulher vítima de violência, rede de atenção integral e linha de cuidado, direitos da mulher e atenção às mulheres em situação de violência física. Neste evento, identificou-se a necessidade de divulgar as ações da Casa da Mulher Brasileira, através de convite aos gestores das unidades assistenciais que prestam atendimento à mulher, visando a pactuação de condutas para que a linha de cuidado à mulher vítima de violência seja efetivada e expandida para o interior do Ceará através da construção da Casa da Mulher Cearense, iniciando pela região do Cariri.

Necessitamos de ajustes quanto à disponibilização de imunoglobulina anti-hepatite B na Maternidade para evitarmos espera ou a exposição da paciente em uma outra instituição. A tentativa de compra pelos próprios recursos da MEAC foi infrutífera.

E quando falarmos de assistência centrada no paciente, precisamos lembrar que a qualidade desse cuidado deve estar baseada nos resultados alcançados (PORTER, 2010). Não é definição de valor para o paciente, se a equipe se baseia na melhor evidência. Isso não deixa de ser importante, até porque não seguir as evidências, é caminho seguro para desfechos negativos.

Se para a instituição, saber o número de pacientes que receberam profilaxia pós-exposição de risco é importante talvez para a paciente, a importância está em não adoecer.

Para obtermos esse nível de pensamento para a assistência, se faz essencial a transformação da equipe em uma Unidade de Produção Integrada (HARTEN, 2018), organizada em torno do paciente e fornecendo o ciclo completo de cuidados para uma condição médica, incluindo a educação do paciente, engajamento e seguimento, ficando responsáveis assim pela execução da linha de cuidado.

Assim, os indicadores assistenciais podem ser definidos para medir os resultados baseados no valor estimado pela paciente e assim levar ao maior entendimento de como prover o melhor cuidado. Trazemos como exemplos, os padrões de desfechos para gravidez e parto, propostos pelo International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM, 2016) que é uma instituição que reúne especialistas de vários locais do mundo:

Mortalidade:

- Mortalidade materna;
- Morte neonatal/natimorto

Morbidade:

- Morbidade materna severa;
- Morbidade neonatal;
- Parto prematuro.

Satisfação da paciente com o cuidado:

- Experiência do parto;
- Decisão compartilhada e confiança na equipe;
- Satisfação com os resultados do cuidado.

Relato da paciente quanto ao bem-estar e saúde:

- Confiança no papel como mãe;

- Apego mãe-criança;
- Dor pélvica e disfunção;
- Confiança materna quanto à amamentação;
- Depressão pós-parto;
- Qualidade de vida e saúde.

Este trabalho, torna-se apenas o pontapé inicial da mudança do cuidado dentro da Maternidade-Escola. Já estão em fase de conclusão, as linhas de cuidado à adolescente e gestação de alto risco, a serem finalizadas e divulgadas ainda em 2019.

7 CONCLUSÃO

A construção de uma linha de cuidado seja em que área for, é de extrema valia para todos os envolvidos. Demanda interação e discussão entre as diversas profissões que em algum momento, interagem obrigatoriamente sempre em prol do paciente.

O seu desenho também traz uma nova abordagem da educação em saúde. Ensino, não em lugares fechados, mas acompanhando o itinerário das ações e serviços para a mulher que buscou o atendimento. Ensinar a singularidade e a integralidade da assistência, envolvendo assim em um único ato, o cuidar e o ensinar (CECCIM, 2008).

Conseguimos alcançar o objetivo da criação da linha dentro da instituição, mas a rede de assistência ainda apresenta falhas de comunicação para que possamos efetivar o atendimento integral.

A elaboração do plano terapêutico trouxe maior organização e segurança na prescrição das profilaxias, mas ainda necessitamos identificar uma forma de melhor disponibilizar a imunoglobulina.

As etapas de construção de cada linha puderam ser definidas nas oficinas, onde tivemos uma presença significativa de todas as profissões que cuidam da mulher vítima de violência.

Inserir as linhas desenhadas no software de simulação Arena® para que possamos identificar os gargalos da atenção, ao mostrar em que pontos o produto daquela linha não está sendo entregue no tempo correto.

Para a construção das próximas linhas de cuidado, precisaremos nos aprofundar mais nos modelos de atendimento a serem propostos, ampliar discussão para o colegiado quando necessário e buscar junto às secretarias de saúde municipal ou estadual, a efetiva inserção dessa mulher na Rede de Atenção à Saúde.

8 REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, C. S. Sob o domínio da urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos no Rio de Janeiro. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- AZEVEDO, C. S. et al. Caminhos da organização e gestão do cuidado no âmbito hospitalar brasileiro. **Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.1-34, set. 2010.
- BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. . **BH-Vida: Saúde Integral**. Belo Horizonte: SMSA, 2003. 17 p.
- BERWICK, D. M.. A User's Manual For The IOM's 'Quality Chasm' Report. **Health Affairs**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.80-90, 1 maio 2002. Health Affairs (Project Hope). Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.21.3.80>>. Acesso em 23 jan 2018.
- BLUMENTHAL, D. Part 1: Quality of care--what is it? **N Engl J Med**, v. 335, n. 12, p. 891-4, Sep 19 1996.
- BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 17, p.555-560, fev. 2012.
- BOTTEGA, C. G.; MERLO, A. C. Linha de cuidado em saúde mental do trabalhador: discussão para o SUS / Occupational mental health hotline. **Revista Polis e Psique**, [s.l.], v. 6, n. 3, p.77-102, 7 fev. 2017. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152x.63889>. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/63889>>. Acesso em: 23 jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 29 abr. 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, A Rede Cegonha. Brasília. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 19 jan. 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1600 de 07 de julho de 2011**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b. disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em 15 mar 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou doença mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 29 abr. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em 19 jan 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, 2014a. disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em 02 fev 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014**. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Brasília, 2014b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189_31_01_2014.html>. Acesso em 02 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 800, de 17 de junho de 2015**. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília, 2015a. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0800_17_06_2015.html>. Acesso em 02 fev 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 156 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 156 p

BUZZANELLO, J.C. Objeção de consciência: uma questão constitucional. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília: Senado Federal, v. 38, n. 152, p. 173-182, out./dez. 2001. Disponível em <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/730>>. Acesso em 02 fev 2019

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In R. Pinheiro &

R. A. de Mattos (Orgs.), **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde** (pp. 165-184). Rio de Janeiro: Editora da ABRASCO. 2006

CECCIM, R. B; STEDILE, N. L. R.. Saúde da mulher e o ensino das profissões da área da saúde: demandas e aprendizados à integração com a rede de cuidados. In: CECCIM, Ricardo Burg; STEDILE, Nilva Lúcia Rech (Org.). Ensino e atenção à saúde da mulher: aprendizados da integração da educação superior com a rede assistencial. Caxias do Sul: EDUCS, 2008. p. 11-27

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**. 1997, vol.13, n.3, pp.469-478.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth R.. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Uerj-ims Abrasco, 2003. p. 25-37.

CRUZ M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12542&Tipo=B>>. Acesso em: 23 dez 2017

DUBOW, C et al.; Linha de cuidado como dispositivo para a integralidade da atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço - Line of care as a device for completeness of attention for users affected by neoplastic injuries on head and neck - **Saúde debate**;38(100): 94-103, Jan-Mar/2014. Graf

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B.. **Linhas do cuidado integral: uma proposta da organização da rede de saúde**. 2014. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha cuidado integral conceito como fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2018

GRABOIS, V. Gestão do Cuidado. In: GONDIM, R; GRABOIS, V; MENDES JÚNIOR, Wv. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ensp/ead, 2011. Cap. 6.p.153-190.Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>>. Acesso em: 20 jan. 2018

GONDIM, R et al. Organização da Atenção. In: GONDIM, R; GRABOIS, V; MENDES JÚNIOR, Wv. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ensp/ead, 2011. Cap. 4. p. 93-120. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12545&Tipo=B>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

GRYSCHER, A. L. F. P. L. et al. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari ? São Paulo. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.689-700, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902014000200689&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 dez. 2017.

HARTEN, W. H. van. Turning teams and pathways into integrated practice units: Appearance characteristics and added value. **International Journal of Care Coordination**. Bruxelas, v. 21, n. 4, p. 113-116, 2018.

ICHOM. Standard Set of Pregnancy & Childbirth. Boston:ICHOM, 2016. Disponível em <<https://ichom.org/files/medical-conditions/pregnancy-and-childbirth/pregnancy-childbirth-flyer.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019.

JUNQUEIRA A.F., et al. Linha de cuidados em obesidade: protocolo de atenção especializada integral à obesidade e síndrome metabólica do Hospital Universitário Walter Cantídio (UFC). **Rev Med UFC**. 2015;55(2):63-74

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MEDICINE, Institute Of. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington: National Academies Press, 2001. 360 p. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

MENDES, V. L. F. Políticas de Saúde e a Rede de Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência. In: I SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE DEFICIÊNCIA E FUNCIONALIDADE. Brasília, 2014. Disponível em https://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_141.pdf. Acesso em 20 fev 2019.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY,E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. **Plano Diretor Estratégico**. Fortaleza, CE, 2016. 122p

MAGALHÃES JÚNIOR, H.M; OLIVEIRA, R.C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R; A FERIA, A; MATOS, Ra. **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Educ;ims/uerj;cepesc, 2006. p. 51-54.

MANAUS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. . **Linha-Guia de Atenção Materno Infantil**. Manaus: Semsas, 2014. 241 p. Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2015/02/CONSULTA01_Linha_guia_LGMI.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2018.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed. Rio

de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

PORTER, M. E. What is value in healthcare?. **N Engl J Med** 2010; 363:2477-2481.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual de orientação ao gestor para implantação da linha de cuidado da gestante e da puérpera.** / organizado por Tania Lago, Karina Calife, Carmem Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério.** / Carmen Cecília de Campos Lavras -- São Paulo: SES/SP, 2018.

SILVA, E. L. da.; MENEZES, M. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** – 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: UFSC, 2005. 138p. Disponível em <https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf>. Acesso em 29 out 2018.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: (Ed.). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília: ANVISA, 2013.

ANEXO A – TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



MEAC
MATERNIDADE - ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE.MULTI.004 - Página 1/1
Título do Documento:	RELATO CIRCUNSTANCIADO	Emissão: 08/04/2019
		Revisão Nº:
		Data:

DADOS DO PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

PRONTUÁRIO: _____

Responsável: _____

CPF: _____

Parentesco: _____

Preencha os dados completos da paciente ou cole a etiqueta de identificação. Os itens em **NEGRITO** são obrigatórios

Declaro que no dia ____, do mês _____ do ano de ____ à ____ , no endereço _____ (ou proximidades – indicar ponto de referência) _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de _____ violência _____ sexual, nas seguintes circunstâncias: _____.

Em caso de agressor (s) desconhecido (s)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por ____ homem (ns) de aproximadamente ____ anos, raça/cor _____, cabelos _____, trajando (calça, camisa, camiseta, tênis e outros), outras informações (alcooolizado, drogado, condutor do veículo/tipo _____ etc.).

Em caso de agressor (a) (s) conhecido (a) (s)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação opcional) _____, sendo meu/minha _____ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com ____ anos de idade e que no momento do crime encontrava-se / ou não (alcooolizado (a), drogado (a)).

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____

É o que tenho / temos a relatar

Local e data _____

Nome, identificação e assinatura

Testemunhas

Profissional de saúde (Nome, identificação e assinatura)

Profissional de saúde (Nome, identificação e assinatura)

ANEXO B – PARECER TÉCNICO**UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ****HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO - UFC****MEAC
MATERNIDADE - ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND****EBSERH**
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS**PARECER TÉCNICO**

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultra-sonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº _____ da paciente _____, documento tipo _____ nº _____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Local e data: _____

Médico

(assinatura e carimbo)

ANEXO C – TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



MEAC
MATERNIDADE - ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE.MULTI.005 - Página 1/1
Título do Documento:	APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO	Emissão: 08/04/2019
		Revisão Nº:
		Data:
DADOS DO PACIENTE		
NOME: _____		
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___		PRONTUÁRIO: _____
Responsável: _____		
CPF: _____		
Parentesco: _____		

Preencha os dados completos da paciente ou cole a etiqueta de identificação. Os itens em **NEGRITO** são obrigatórios

Nesta data, a Equipe de Saúde multiprofissional do Serviço de _____ do Hospital _____, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada pela paciente referida acima, com _____ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou representante legal/responsável.

Local e data _____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Profissional de saúde (Nome, identificação e assinatura)

Profissional de saúde (Nome, identificação e assinatura)

Profissional de saúde (Nome, identificação e assinatura)

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



MEAC
MATERNIDADE - ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE.MULTI.006 - Página 1/1
Título do Documento:	INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL	Emissão: 08/04/2019
		Revisão N°:
		Data:
DADOS DO PACIENTE		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	PRONTUÁRIO:	
Responsável:		
CPF:		
Parentesco:		

Preencha os dados completos da paciente ou cole a etiqueta de identificação. Os itens em **NEGRITO** são obrigatórios

Por meio deste instrumento, em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.

Declaro, estar esclarecida (os) dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis.

Declaro, que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial.

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do Hospital _____ aos procedimentos necessários.

Local e data _____

Paciente ou Representante legal/responsável (Nome, identificação e assinatura)

Testemunha (Nome, identificação e assinatura)


Testemunha (Nome, identificação e assinatura)

ANEXO E – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº			
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoas com transtorno, indígenas e população LGBT.</p>							
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data de notificação				
	2 Agravos/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y99	4 UF			
	5 Município de notificação		Código (IBGE)				
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1 - Unidade de Saúde 3 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutelar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado de Atenção à Mulher 7 - Outros						
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência			
8 Unidade de Saúde			Código (CNES)				
Notificação Individual	10 Nome do paciente			11 Data de nascimento			
	12 (ou) idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não gestacional ignorado 5 - Não se aplica 6 - Não se aplica		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branco <input type="checkbox"/> 2 - Preto <input type="checkbox"/> 3 - Amarelo <input type="checkbox"/> 4 - Pardo <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> <small>0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 - Ensino Fundamental completo (antigo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica</small>						
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe				
	19 UF		20 Município de residência		Código (IBGE)		
22 Bairro			21 Distrito				
23 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código					
24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1			
27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP			
30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares							
33 Nome Social			34 Ocupação				
35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 6 - Ignorado							
36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1 - Heterossexual 2 - Homossexual (gay/lésbica) 3 - Bissexual 4 - Não se aplica 5 - Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1 - Transvesti 2 - Mulher Transsexual 3 - Homem Transsexual 4 - Não se aplica 5 - Ignorado					
38 Possui algum tipo de deficiência/transtorno? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 4 - Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento					
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		
	43 Bairro			42 Distrito			
	44 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código				
	46 Número		45 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		
	48 Ponto de Referência		49 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado		50 Hora da ocorrência <small>(mm - 00 - 59)</small>		
52 Local de ocorrência		53 Como ocorreu?		51 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado			
01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços		02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústria/construção		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado			
03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro _____		10 - Ignorado					

Violência	55 Essa violência foi motivada por: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
Violência Sexual	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil _____		<input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Violência Sexual	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da agressão	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Dados do provável autor da agressão	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/>		
	1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 4- Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>
	69 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____		Vínculo/grau de parentesco _____	
		(DDD) Telefone _____	
Observações Adicionais:			
Disque-Saúde 0800 61 1997		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	
		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____	
Nome _____		Assinatura _____	
Função _____			

ANEXO F – FICHA HOSPITALAR DE REGISTRO DE ATENDIMENTO

		ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL		FORMULTI.016 - Página 1/1 Emissão: 23/04/2018 Revisão Nº:	
1. IDENTIFICAÇÃO:		PRONTUÁRIO:	DATA E HORA ATENDIMENTO:	IDADE: ANOS	
NOME:		DATA NASCIMENTO:			
NOME DA MÃE:		TELEFONE:		UF:	
RUA:		Nº / COMPLEMENTO:		CEP:	
BAIRRO:		CEP:		MUNICÍPIO RESIDÊNCIA:	
PONTO DE REFERÊNCIA:					
REPRESENTANTE LEGAL (apenas para ocorrência de crianças e adolescentes):					
<input type="checkbox"/> Pais/Padrasto <input type="checkbox"/> Outros familiares <input type="checkbox"/> Tutor/Curador <input type="checkbox"/> Ignorado - NOME:					
OCUPAÇÃO: Nº DO CARTÃO SUS:					
2. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA					
ATENDIMENTO EM OUTRO SERVIÇO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL: DATA DO ATENDIMENTO: / /					
ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PROFILAXIA DAS IST NÃO VIRAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
IMUNOPROFILAXIA DA HEPATITE B <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PROFILAXIA PARA RETROVIROSE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
TRAUMATISMOS GENITAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL:					
TRAUMATISMOS EXTRAGENITAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL:					
PROFILAXIA TÉTANO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL:					
COLETA DE MATERIAL DE INTERESSE PERICIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO TIPO:					
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:					
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:					
3. ANTECEDENTES PESSOAIS					
MENARCA: anos		DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO / /		INÍCIO DA VIDA SEXUAL: anos	
MÉTODO ANTICONCEPTIVO NO MOMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL:					
<input type="checkbox"/> GESTAÇÕES <input type="checkbox"/> PARTOS NORMAIS/FÓRCEPS <input type="checkbox"/> CESÁREAS <input type="checkbox"/> ABORTOS					
DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES:					
ALERGIAS A MEDICAMENTOS:					
4. EXAME FÍSICO GERAL E GINECOLÓGICO					
PESO _____ KG PULSO _____ BPM PRESSÃO ARTERIAL _____ / _____ mmHg TEMPERATURA _____ °C					
EXAME FÍSICO GERAL: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADO DESCREVER:					
EXAME DAS MAMAS: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADO DESCREVER:					
EXAME DOS ÓRGÃOS GENITAIS EXTERNOS: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADO DESCREVER:					
EXAME ESPECULAR: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADO DESCREVER:					
EXAME DE TOQUE BIMANUAL: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADO DESCREVER:					
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADO DESCREVER:					
ASS. MÉDICO(A) COM CARIMBO:					

5. EXAMES COMPLEMENTARES	
EXAME COLPOSCÓPICO: () NORMAL () ALTERADO () NÃO REALIZADO	DESCREVER: _____
EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA: () NORMAL () ALTERADO () NÃO REALIZADO	DESCREVER: _____
EXAME HEMOGRAMA E TRANSAMINASES: () NORMAL () ALTERADO () NÃO REALIZADO	DESCREVER: _____
OUTROS EXAMES LABORATORIAIS: () NORMAL () ALTERADO () NÃO REALIZADO	DESCREVER: _____
6. ATENDIMENTO EM CASO DE GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL	
IDADE GESTACIONAL NO INGRESSO (DUM) _____ semanas	IDADE GESTACIONAL NO INGRESSO (ULTRASSOM) _____ semanas
DECISÃO DA MULHER OU REPRESENTANTE LEGAL: () SOLICITAÇÃO DE INTERRUPTÃO () ACEITAÇÃO E ASSISTENCIA PRE-NATAL () ASSISTENCIA PRE-NATAL E DOAÇÃO	
SOLICITAÇÃO DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ: () ATENDIDA () NEGADA MOTIVO: _____	
SOLICITAÇÃO DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ - OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES: () SIM () NÃO DESCREVER: _____	
7. INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ	
DATA ____/____/____ IDADE GESTACIONAL NA ÉPOCA DA INTERRUPTÃO _____ semanas.	TEMPO DE INTERNAÇÃO _____ dias
TÉCNICA DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ: () AMIU () CURETAGEM () ABORTO FARMACOLÓGICO () OUTRO _____	
ALÍVIO DA DOR (DESCREVER MÉTODO): _____	
INTERCORRÊNCIAS: () SIM () NÃO DESCREVER: _____	
TPAGEM ABO _____ () FATOR RH () COOMBS INDIRETO: () Negativo () Positivo	
IMUNOGLOBULINA ANTI-RH _____ () SIM () NÃO () NÃO NECESSÁRIO	
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES: () SIM () NÃO DESCREVER: _____	
8. INVESTIGAÇÃO DE IST/HEPATITES/RETROVIROSE	
INVESTIGAÇÃO NO INGRESSO: () NORMAL () ALTERADA DESCREVER: _____	
INVESTIGAÇÃO NA 6ª SEMANA: () NORMAL () ALTERADA DESCREVER: _____	
INVESTIGAÇÃO NA 3ª MÊS: () NORMAL () ALTERADA DESCREVER: _____	
INVESTIGAÇÃO NA 6ª MÊS: () NORMAL () ALTERADA DESCREVER: _____	
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES: () SIM () NÃO DESCREVER: _____	

14. ENCAMINHAMENTOS	
ORIENTAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL E DEMAIS MEDIDAS MÉDICO-LEGAIS: () SIM () NÃO () NÃO NECESSÁRIO	
COMUNICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR OU VARA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE: () SIM () NÃO () NÃO NECESSÁRIO () NÃO SE APLICA	
COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM () NÃO () NÃO NECESSÁRIO () NÃO SE APLICA	
OFERECEMENTO PROTEÇÃO / ABRIGO: () SIM () NÃO () NÃO NECESSÁRIO () NÃO SE APLICA	
ENCAMINHAMENTO NO SETOR SAÚDE: () ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL () INTERNAÇÃO HOSPITALAR () NÃO SE APLICA () IGNORADO	
ENCAMINHAMENTO DA PESSOA ATENDIDA PARA OUTROS SETORES: () SIM () NÃO - Se sim, qual?	
() CONSELHO TUTELAR (CRIANÇA/ADOLESCENTE)	() OUTRAS DELEGACIAS
() VARA DA INFÂNCIA / JUVENTUDE	() MINISTÉRIO PÚBLICO
() CASA DE ABRIGO	() CENTRO DE REFERÊNCIA A MULHER
() PROGRAMA DE ABRIGO	() CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL / CREAS-CRAS
() DELEGACIA DE ATENDIMENTO À MULHER / DEAM	() INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML)
() DELEGACIA DE PROT. DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	() OUTROS
EVOLUÇÃO DO CASO: () ALTA () ÓBITO POR VIOLÊNCIA () EVASÃO / FUGA () IGNORADO () ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS	
SE ÓBITO POR VIOLÊNCIA, EM QUE DATA: ____ / ____ / ____	

ANEXO G – LINHA DE CUIDADO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL PÓS AGRAVO IMEDIATO

