



Conselho Regional de Medicina do
Estado do Rio Grande do Sul

Vítimas de violência sexual

ABORTAMENTO

Orientações éticas e jurídicas
aos médicos

1ª Edição
Porto Alegre
2018

© 2018 Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
Direitos Reservados

Todos os direitos do conteúdo técnico do livro **VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL – ABORTAMENTO – ORIENTAÇÕES ÉTICAS E JURÍDICAS AOS MÉDICOS** são reservados ao Cremers – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio, sem a prévia autorização do Cremers.

1ª Edição: 3.000 exemplares

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
Av. Princesa Isabel, 921 – Bairro Santana
CEP 90620-001 – Porto Alegre – RS
Fone: (51) 3219.7544
Fax: (51) 3217.1968
E-mail: cremers@cremers.org.br
Site: www.cremers.org.br

Elaboradores

Dr. Fernando Weber Matos – Presidente do Cremers
Dr. Jefferson Pedro Piva – Coordenador das Câmaras Técnicas
Dra. Maria Lúcia da Rocha Oppermann – Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia
Dra. Michele Milanesi – Assessora Jurídica

Projeto e Design Gráfico

Stampa Comunicação Corporativa
Direção Geral – Eliane Casassola
Capa e Editoração – Thiago Pinheiro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação:
Bibliotecária Daiane Schramm – CRB-10/1881





CREMERS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Gestão 2013/2018

Diretoria

Fevereiro/2017 a setembro/2018

Fernando Weber Matos

Presidente

Ismael Maguilnik

Vice-Presidente

Rogério Wolf de Aguiar

Primeiro-Secretário

Cláudio Balduino Souto Franzen

Segundo-Secretário

Iseu Milman

Tesoureiro

Coordenações

Regis de Freitas Porto • Corregedor

Joaquim José Xavier • Corregedor Adjunto

Jefferson Pedro Piva • Câmaras Técnicas

Antonio Celso Koehler Ayub • Fiscalização

Ércio Amaro de Oliveira Filho • Ouvidoria

Iseu Milman • Patrimônio

Câmaras Técnicas do Cremers

Coordenação Geral • Dr. Jefferson Pedro Piva

Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia

Presidente • Dr. Antonio Celso Koehler Ayub

Dr. Breno José Acauan Filho

Dra. Isabel Helena Forster Halmenschlager

Dr. João da Rosa Michelon

Dra. Maria Lúcia da Rocha Oppermann

Dra. Mirela Foresti Jimenez

Dr. Sérgio Hofmeister de Almeida Martins Costa

Dra. Tânia Regina da Fontoura Mota

Assessoria Jurídica do Cremers

Coordenação Geral • Dr. Juliano Lauer

Dra. Carla Bello Cirne Lima

Dra. Daniella Luceiro Meirelles

Dr. Guilherme Brust Brum

Dra. Michele Souza Milanesi

Dra. Nathália Petrucci de Carvalho

Dra. Vanessa Schmidt Bortolini

Conselheiros

Airton Tetelbon Stein
Antônio Celso Koehler Ayub
Arthur da Motta Lima Neto
Asdrubal Falavigna
Céo Paranhos de Lima
Clotilde Druck Garcia
Diego Milan Menegotto
Dirceu Francisco de Araújo Rodrigues
Douglas Pedroso
Ércio Amaro de Oliveira Filho
Euclídes Viríssimo Santos Pires
Isabel Helena Forster Halmenschlager
Iseu Milman
Jair Rodrigues Escobar
Jefferson Pedro Piva
João Alberto Laranjeira
Jorge Luiza Fregapane
Léris Salete Bonfanti Haeffner
Luiz Alexandre Alegretti Borges
Luiz Carlos Bodanese
Maria Lúcia da Rocha Oppermann
Mário Antônio Fedrizzi
Mauro Antonio Czepeielewski
Newton Monteiro de Barros
Ney Arthur Vilamil de Castro Azembuja
Paulo Amaral
Paulo Henrique Poti Homrich
Phipadelpho Manoel Gouveia Filho
Raul Pruinelli
Ricardo Oliva Wilhelm
Sandra Helen Chiari Cabral
Sílvio Pereira Coelho
Tânia Regina da Fontoura Mota
Tomaz Barbosa Isolan

Delegados Seccionais

Luiz Carlos Diniz Barradas • Alegrete
César Alfeu Iamin de Mello • Bagé
José Vitor Zir • Bento Gonçalves
Leisa Maia Behr Gaspery • Cachoeira do Sul
Tiago Bonilha Souza • Camaquã
Airton Luiz Fiebig • Carazinho
Luciano Bauer Gröhs • Caxias do Sul
João Carlos Stona Heberle • Cruz Alta
Paulo César Rodrigues Martins • Erechim
Marília Raymundo Thomé da Cruz • Ijuí
Fernando José Sartori Bertoglio • Lajeado
Luciano Alberto Strelow • Novo Hamburgo
Newton Cortela D'Arisbo • Osório
Joaquim Pozzobom Souza • Palmeira das Missões
Henrique Luiz Oliani • Passo Fundo
Victor Hugo Pereria Coelho • Pelotas
Fábio de Aguiar Lopes • Rio Grande
Gilberto Neumann Cano • Santa Cruz do Sul
João Alberto Lorangeira • Santa Maria
Carlos Arthur da Silveira • Santa Rosa
Tiago Silveira de Araújo Lopes • Santana do Livramento
Rafael Rodrigues da Fontoura • Santo Ângelo
Ary Poerscke • São Borja
Luiz Carlos Maciel Nunes • São Gabriel
Roberto Schuster • São Jerônimo
Solange Maria Seidl Gomes • São Leopoldo
Lauro Erni Borth • Três Passos
Jorge Augusto Hecker Kappel • Uruguaiana

Índice

Capítulo 1	PERGUNTAS E RESPOSTAS	13
1. Qual é a definição de Aborto?		14
2. O que dispõe o Código de Ética Médica sobre o Abortamento?		15
3. O que dispõe a lei sobre o Abortamento?		16
4. É considerado Abortamento a administração da pílula do dia seguinte?		17
5. O que dispõe a lei sobre o Abortamento praticado após o estupro?		18
6. Qual o conceito de estupro pela legislação penal?		19
7. O Abortamento é considerado lícito quando resulta de qualquer forma de violência sexual?		20
8. Quais são os referenciais bioéticos que devem ser respeitados quando do atendimento às mulheres que solicitam o Abortamento?		22
9. Quais as legislações que regulamentam o Abortamento Sentimental e garantem o atendimento médico em Serviço Referenciado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)?		23
10. Como deve ser feita a confirmação do estupro pelo Serviço de Saúde?		25
11. Como a equipe de saúde deve proceder nos casos em que o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez não for aprovado? O prontuário continua sob sigilo?		29
12. É necessário notificar a autoridade sanitária quando do atendimento às solicitantes de Abortamento Sentimental? A notificação constitui violação do sigilo médico?		31

13. É necessário também notificar o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância nos casos envolvendo gestantes crianças ou adolescentes?	32
14. É necessário também notificar à autoridade policial nos casos envolvendo gestantes com deficiência?	33
15. Há previsão de sanção ética para os casos de omissão de Notificação/Comunicação?	34
16. É possível a equipe de saúde realizar o atendimento nos casos envolvendo gestantes crianças ou adolescentes sem a presença dos responsáveis legais?	35
17. Qual a forma prevista em lei para a obtenção do consentimento da gestante e do representante legal pela equipe de saúde?	36
18. Quais as consequências jurídicas decorrentes da apuração após o Abortamento de que a mulher faltou com a verdade?	38
19. É possível que o Abortamento Sentimental seja realizado por outro profissional que não o médico?	39
20. O médico é obrigado a realizar o Abortamento, ainda que contrário aos ditames de sua consciência?	40
21. Quais os direitos legais da mulher vítima de violência sexual? Quais as orientações que podem e devem ser fornecidas pela equipe de saúde após o atendimento médico?	42
22. Após apresentada a representação pela vítima, como se desencadeiam as demais etapas do processo penal e como o atendimento prestado pela equipe de saúde poderá auxiliar na investigação policial?	43
23. Quais os casos em que se exige a Declaração de Óbito Fetal?	46

Perguntas técnicas como, por exemplo, técnicas de abortamento e relação com a idade gestacional, entre outras, não foram objeto do Parecer que se limitou a abordar aspectos jurídicos e formais.

Capítulo 2	LEGISLAÇÃO	47
	Decreto 7.958 , de 13 de março de 2013	48
	Lei 12.845 , de 1º de agosto de 2013	50
	Portaria 1.508 , de 1º de setembro de 2005	51
	Portaria 485 , de 1º de abril de 2014	54
	Portaria 1.271 , de 6 de junho de 2014	61
	Portaria 2.415 , de 7 de novembro de 2014	67
	Portaria 1.662 , de 2 de outubro de 2015	70
	Resolução CFM 1.638 , de 10 de julho de 2002	73
	Resolução CFM 1.779 , de 11 de novembro de 2005	75
	Resolução CFM 1.811 , de 14 de dezembro de 2006	77

Capítulo 3	ANEXOS	85
	Anexo I – Modelo Termo de Relato Circunstanciado	86
	Anexo II – Modelo Parecer Técnico	87
	Anexo III – Modelo Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez Resultante de Estupro	87
	Anexo IV – Modelo Ficha de Notificação/ Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais	88
	Anexo V – Modelo Ficha de Notificação de Violência, Suspeita ou Comprovação de Maus-Tratos Contra Crianças e Adolescentes	90

Capítulo 4	INDICADORES - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	93
-------------------	--	-----------

Apresentação

O Cremers, frente às inúmeras dúvidas e incertezas geradas pelas Portarias do Ministério da Saúde que normatizam o Abortamento Sentimental, promoveu um estudo minucioso dos problemas jurídicos, éticos e morais. O trabalho resultou nesta Cartilha de Instruções e Esclarecimentos.

É necessário conhecer as leis vigentes, a técnica médica, os preceitos éticos e morais, os ditames da consciência individual do médico para alcançar a correta decisão diante das diferentes situações que acompanham o problema.

A Cartilha é apresentada sob a forma de perguntas e respostas, simples e objetivas, que surgem no dia a dia, amparadas nos aspectos legais e na jurisprudência já existente.

O presente trabalho foi desenvolvido pelos conselheiros Drs. Jefferson Piva e Maria Lúcia Oppermann, e pela advogada do Departamento Jurídico do Cremers, Dra. Michele Milanesi.

Com este Manual, o Cremers tem como objetivo instrumentalizar os médicos que se deparam com as inúmeras situações de Abortamento Sentimental e, principalmente, aqueles que atendem o sistema público de saúde.

Esperamos alcançar o objetivo proposto.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente do Cremers

Capítulo 1

Perguntas e Respostas



— 1 —

Qual é a definição de Aborto?

Abortamento é a ação, expulsão ou remoção, que causa a morte do conceito; enquanto que **Aborto** é o resultado do abortamento, o próprio conceito morto.

Para o **conceito médico**, *Abortamento é a interrupção do processo gestacional até a 20ª ou 22ª semana de gravidez* e com produto da concepção (*aborto*) **pesando menos de 500g**. A partir dessa idade gestacional, entende-se como antecipação do parto¹.

Para o **conceito jurídico-penal**, *Aborto é sinônimo de Abortamento* e se trata da interrupção da gestação, **a qualquer tempo**, com o **dolo (intenção) de causar a morte do conceito**².

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao aborto: norma técnica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_aborto_norma_tecnica_2ed.pdf>. p.22.

² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. p. 22.

- 2 -

O que dispõe o Código de Ética Médica sobre o Abortamento?

Capítulo III – Responsabilidade Profissional

É vedado ao Médico:

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, **abortamento, manipulação ou terapia genética.**

Capítulo IV – Direitos Humanos

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

Blank lined paper for writing.

— 3 —

O que dispõe a lei sobre o Abortamento?

A legislação brasileira criminaliza o Abortamento Doloso (ou seja, quando há intenção de causar a morte do feto ou se assume o risco de matá-lo) nos arts. 124 a 125 do Código Penal (Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940), relacionando-os em três figuras penais:

Autoaborto (art. 124 do CP): a conduta da gestante que pratica o aborto ou que permite que outra pessoa o provoque;

Aborto praticado sem o consentimento da gestante (art. 125 do CP): conduta praticada por terceiro sem o consentimento da gestante;

Aborto praticado com o consentimento da gestante (art. 126 do CP): conduta praticada exclusivamente por terceiro com o consentimento da gestante.

A legislação brasileira **não criminaliza o abortamento culposo** (nos casos de imperícia, imprudência ou negligência), podendo o médico ser responsabilizado apenas civilmente ou sob o ponto de vista ético.

- 4 -

É considerado Abortamento a administração da pílula do dia seguinte?

A contracepção de emergência (pílula do dia seguinte) está regulamentada pela Resolução CFM 1.811/2006³ e não é considerada como método abortivo pela legislação brasileira que considera como gravidez apenas após a adesão do útero à parede uterina.

¹ Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1811>

— 5 —

O que dispõe a lei sobre o Abortamento praticado após o estupro?

O Código Penal (CP) considera o Abortamento como **licito** em duas situações:

Art. 128. Não se pune o aborto praticado por **médico**:

Aborto necessário

I – se não há outro meio de **salvar a vida da gestante**;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II – se a **gravidez resulta de estupro** e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

A hipótese prevista no art. 128, II, do CP é também chamada de **aborto ético, sentimental**, ou também de **humanitário**, que requer a existência de três requisitos para a sua configuração:

- (i) que a gravidez seja resultante de estupro;
- (ii) que o aborto seja precedido de consentimento válido da gestante ou de seu representante legal;
- (iii) que seja praticado por médico.
- (iv) ...

— 6 —

Qual o conceito de estupro pela legislação penal?

O conceito de **estupro** foi modificado pela legislação penal a partir da publicação da Lei 12.015 de 7 de agosto de 2009. **Antes dessa lei**, o estupro era um crime praticado contra a mulher e exclusivamente mediante a prática de conjunção carnal (penetração do pênis na vagina).

Atualmente o estupro consiste em:

Estupro

Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou **a praticar ou permitir que com que ele se pratique outro ato libidinoso.**

Pena: reclusão de seis a 10 anos.

Estupro de vulnerável

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos.

Pena: reclusão de oito a 15 anos.

§ 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no *caput* com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

Art. 218. Induzir alguém menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem:

Pena: reclusão de dois a cinco anos.

Ou seja, passou-se a incluir no conceito jurídico-penal de estupro a prática de qualquer tipo de ato libidinoso.

O Código Penal Brasileiro elegeu os **menores de 14 anos e aqueles que por enfermidade ou deficiência mental não tenham o necessário discernimento para prática do ato, ou que, por qualquer outra causa não pode oferecer resistência**, como **vulneráveis absolutos quanto à dignidade sexual**. Nesses casos a violência (física) ou grave ameaça (psicológica) **se presume**, ou seja, constatada a ocorrência de conjunção carnal ou de atos libidinosos, **dispensável a prova da coação física ou psicológica para a configuração do crime de estupro**.

– 7 –

O Abortamento é considerado lícito quando resulta de qualquer forma de violência sexual?

Há uma tendência da doutrina em estender a descriminalização do aborto para outras hipóteses de violência sexual. Um exemplo de acolhimento dessa tendência ampliativa foi a Recomendação 01/2014 da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, na qual recomenda ao Ministério da Saúde e ao Conselho Federal de Medicina, para que esse último, promova as discussões necessárias no âmbito da ética profissional médica para disseminar o conhecimento de que o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia de outra forma de violência sexual, especificamente naqueles casos de adolescentes (de 14 a 18 anos) submetidas a uma situação de prostituição ou exploração sexual, conduta descrita no art. 218-B do CP:

Art. 218-B. Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone:
(...)

§ 2º Incorre nas mesmas penas:

- I - quem pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso com alguém menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos na situação descrita no caput deste artigo;
- II - o proprietário, o gerente ou o responsável pelo local em que se verifiquem as práticas referidas no caput deste artigo.

Todavia, a assessoria jurídica do Conselho Federal de Medicina emitiu o Despacho Sejur 647/2016⁴¹, no qual se posiciona pelo não acatamento dos termos da Recomendação ou de qualquer outra iniciativa por parte de qualquer órgão estatal no mesmo sentido, sem a correspondente alteração legislativa:

⁴¹ Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/despachos/BR/2016/647_2016.pdf

“Desse modo, não havendo respaldo na legislação **não cabe ao Conselho Federal de Medicina, ao Ministério da Saúde, ou mesmo ao Ministério Público Federal, impor ou criar, por meio de interpretações extensivas, novas hipóteses de abortamento que não estejam previstas expressamente na lei**, eis que isso representaria usurpação das funções do Poder Legislativo, único fórum adequado para discussões referentes ao Direito Penal, indo, também, de encontro aos parâmetros de proteção da criança e do adolescente”;

Fora das hipóteses previstas no Código Penal, o médico somente poderá realizar o **abortamento** mediante autorização judicial, caso contrário, estará assumindo o risco de responder a processo judicial (cível e criminal) e ético-profissional.

— 9 —

Quais as legislações que regulamentam o Abortamento Sentimental e garantem o atendimento médico em Serviço Referenciado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)?

Portaria MS/GM 1.508 de 01/09/2005⁶

Estabelece o **procedimento de justificação e interrupção da gravidez** como **condição necessária** para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem risco de morte à mulher. Prevê equipe de saúde composta, **no mínimo**, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo (art. 4º, § 3º).

Decreto 7.958 de 13/03/2013⁷

Passou-se a **garantir às vítimas de violência sexual o acolhimento em Serviços de Referência** (art. 3º), bem como **disponibilização de transporte até os Serviços de Referência** (art. 1º, I e VII).

Lei 12.845 de 1º de agosto de 2013⁸

Relaciona os procedimentos que devem ser realizados **pelos profissionais de qualquer hospital integrante da rede SUS quando em atendimento a pessoas em situação de violência sexual** (art. 3º).

Portaria MS/GM 485 de 1º de abril de 2014⁹

Redefine o funcionamento dos Serviços de Atenção às Pessoas em Situações de Violência Sexual no âmbito do SUS, os conceituando e os classificando. Especificamente sobre o Serviço de Referência para Interrupção da Gravidez dispõe que terá suas ações desenvolvidas em con-

⁶ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html

⁷ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.html

⁸ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.html

⁹ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html

formidade com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde realizando atendimento clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, contando com serviço de apoio laboratorial; apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; e, coleta e guarda de material genético” (art. 6º).

Portaria MS/GM 2.415 de 1º de novembro de 2014¹⁰

Criou o procedimento de **Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas de Violência Sexual**, possibilitando a remuneração em R\$ 100,00 pelo conjunto de ações realizadas nos serviços de saúde referenciados cadastrados no SCNES, englobando: acolhimento; escuta qualificada; atendimento clínico; atendimento psicológico e social; **anamnese e registro em prontuário**; realização de exames e profilaxias necessárias; notificação da violência sexual e outras violências; encaminhamentos, consultas e retornos para tratamento ambulatorial, de acordo com o caso.

Portaria MS/GM 1.662 de 02/10/2015¹¹

Definiu critérios para habilitação para a realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no SUS, incluiu habilitação no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde e criou o procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS. **O Procedimento de Coleta de Vestígios consiste em ação feita em Serviço de Referência e compreende:** registro de informações em ficha de atendimento multiprofissional, identificação e descrição dos vestígios e outros achados nos exames, coleta, armazenamento provisório e encaminhamentos previstos. **O Registro de Informações poderá ser feito por toda a equipe multiprofissional, sendo a coleta de vestígios, anal, oral, ou outras partes do corpo de competência exclusiva do médico.**

¹⁰ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2415_07_11_2014.html

¹¹ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1662_02_10_2015.html

– 10 –

Como deve ser feita a confirmação do estupro pelo Serviço de Saúde?

A equipe de saúde **não** poderá impor como condição para o atendimento da gestante, que procura o estabelecimento de saúde alegando ter sofrido estupro e que solicite o abortamento, a apresentação do registro de Boletim de Ocorrência, de laudo do Instituto Médico Legal, de autorização judicial, de sentença condenatória, ou de qualquer outro documento semelhante.

A **conduta padrão** para os casos de interrupção de gestação decorrente de estupro no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) está prevista na **Portaria MS/GM 1.508 de 01/09/2005** que estabeleceu o Procedimento de Justificação e Interrupção da Gravidez como **condição necessária** para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem risco de morte à mulher¹².

Recomenda-se que os estabelecimentos de caráter particular estabeleçam seus protocolos de atendimento a partir das disposições da Portaria MS/GM 1.508 de 01/09/2005.

Como o próprio preâmbulo da portaria expõe, havia uma lacuna procedimental que foi suprida pela publicação da portaria, **sendo que antes os profissionais de saúde envolvidos não dispunham de segurança jurídica adequada para realizar o abortamento**, razão pela qual eram orientados a exigirem o boletim de ocorrência ou autorização judicial como condição para a sua realização.

A confirmação do estupro pela equipe de saúde deve ser obtida orientando-se pelas duas primeiras fases do procedimento de justificação e interrupção da gravidez, cujos modelos de formulários estão anexados à própria portaria¹³.

¹² Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html

¹³ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. p.70

Na **primeira fase**, nominada de **Relato Circunstanciado**, não é obrigatória a participação do médico, quando inserido em uma equipe multidisciplinar de um Serviço Referenciado:

Art. 3º A **primeira fase** é constituída do **relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço.**

Parágrafo único. O Termo de Relato circunstanciado **deverá ser assinado pela gestante** ou, quando incapaz, **também por seu representante legal**, bem como por **dois profissionais de saúde do serviço**, e conterá:

I – local, dia e hora aproximada do fato;

II – tipo e forma de violência;

III – descrição dos agentes da conduta, **se possível**; e

IV – identificação das testemunhas, se houver. (grifo nosso)

Na última edição da **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra as Mulheres (p. 70)**² há especificação dos elementos elencados no parágrafo único do art. 3º da Portaria MS/GM 1.508 de 01/09/2005:

(...) Termo de Relato Circunstanciado, a mulher e/ou seu representante legal devem descrever as circunstâncias da violência sexual sofrida que resultaram na gravidez. Sobre a violência sexual, deve constar a data, o horário aproximado, o local, e a descrição detalhada do ocorrido. **Quanto ao autor da violência, deve especificar o número de envolvidos, se conhecido, a idade aparente, a raça, a cor dos cabelos, os trajes, sinais particulares, eventual grau de parentesco, e se o mesmo apresentava sinais de uso de álcool ou de drogas ilícitas. Deve acrescentar se o crime sexual foi ocasionalmente testemunhado por alguma pessoa.**

Nos casos em que a vítima procura um **Serviço Ambulatorial Não Referenciado a primeira fase deve acontecer já no momento da triagem**, pelos profissionais da enfermagem, que para fins de prioridade e encaminhamento, deverão confirmar os seguintes dados como forma de garantir agilidade para profilaxias:

- a) O tempo decorrido entre a violência sexual e a procura do atendimento;
- b) Uso do preservativo pelo agressor;
- c) Tipo de agressão (com contato de fluídos ou não);
- d) Meio empregado (para verificação do uso de substância química que impossibilitasse a pessoa de resistir);
- e) Uso de método contraceptivo.

Também antecedem o encaminhamento a um Serviço Referenciado os seguintes procedimentos obrigatórios, elencados no art. 3º da Lei 12.845:

Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

I – diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II – amparo médico, psicológico e social imediatos;

III – facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;

IV – profilaxia da gravidez;

V – profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST);

VI – coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;

VII – fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

§ 1º Os serviços de que trata essa lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem.

§ 2º No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal. (grifo nosso)

O primeiro contato é importante que seja feito em um local escolhido para este tipo de atendimento. O Manual da Febrasgo¹⁴ orienta que esse deverá refletir a preocupação com a privacidade sem, no entanto, estigmatizar as mulheres ali atendidas com placas indicativas, sugerindo que¹⁵:

O espaço deve contar com sala privativa de atendimento onde possam atuar a assistente social e a psicóloga e **um consultório médico com sala de exame ginecológico (evitar, se possível, a sala de triagem ou do pronto-socorro)** e pequeno armário contendo medicamentos para a profilaxia de ST/AIDS e anticoncepção de emergência. Deve dispor ainda de centro cirúrgico, mesmo que pequeno para os atendimentos que necessitem de correção cirúrgica de urgência (lacerações) e para a realização dos abortos previstos em lei. (p. 11 – grifo nosso)

¹⁴ Vide Capítulo II – Anexos.

¹⁵ BRASIL. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo). Manual de Orientação Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista por Lei. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/manuais>

No momento do acolhimento também é importante observar se existe a presença de **alguma pessoa que possa coibir o relato** (seja familiar ou profissional do serviço) e verificar a possibilidade de **entrevista na presença de outro técnico** ou sem o familiar.

Já na segunda fase é obrigatória a presença de médico, que emitirá Parecer Técnico:

Art. 4º A segunda fase dá-se com a intervenção do médico que emitirá **Parecer Técnico** após detalhada **anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico** e dos demais exames complementares que porventura houver. (grifo nosso)

Os elementos do parecer técnico também estão descritos na Norma Técnica referida acima (p. 71):

Acrescenta-se um parecer técnico, assinado por médico, atestando a compatibilidade da idade gestacional com a data da violência sexual alegada, **afastando-se a hipótese da gravidez decorrente de outra circunstância diferente da violência sexual**. (grifo nosso)

Nessa mesma fase, **paralelamente ao Parecer Técnico**, outras providências serão tomadas pelos demais integrantes do serviço que constituirão o **segundo termo, denominado de Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez**:

Art. 4º (...)

§1º Paralelamente, **a mulher receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional**, que anotará suas avaliações em documentos específicos.

§ 2º Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, **não podendo haver desconformidade com a conclusão do Parecer Técnico**.

§ 3º **A equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo**.

— 11 —

Como a equipe de saúde deve proceder nos casos em que o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez não for aprovado? O prontuário continua sob sigilo?

Na hipótese de **não aprovação**, a Norma Técnica orienta que devem ter **motivos justificados** e **cuidadosamente registrados em prontuário hospitalar** (p. 71). **Alguns dos critérios que podem justificar a não autorização da interrupção da gravidez estão descritos abaixo:**

- Histórias desconexas relatadas a diferentes membros da equipe multiprofissional;
- Sintomas de cunho psicológicos ou questões emocionais em desacordo com aquelas geralmente presentes em casos de violência sexual;
- Idade gestacional estimada não compatível com aquela indicada na ecografia, etc.

De acordo com o art. 7º da Portaria 1.508 de 2005, todos os documentos que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, conforme Modelos dos Anexos I, II, III e V da Portaria deverão:

- ser assinados pela gestante;
- ser assinados também pelo respectivo representante legal nos casos de menores de 18 anos ou incapazes para os atos da vida civil;
- elaborados em duas vias, sendo uma fornecida para a gestante.

No caso de **não aprovação**, portanto, a equipe de saúde deve entregar a segunda via dos respectivos termos assinadas **apenas** à gestante e ao seu representante legal.

A disponibilização do prontuário e dos respectivos termos a terceiros, somente poderá é permitida nas hipóteses previstas no art. 73 do Código de Ética Médica:

Art. 73. É vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por **motivo justo, dever legal** ou **consentimento, por escrito, do paciente**.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; **c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.** (grifo nosso)

Nos casos de vítimas de violência sexual maiores de 18 anos e plenamente e capazes pela lei civil, **a comunicação à autoridade policial e ao Ministério Público constitui violação do sigilo médico, não estando sob o abrigo de cumprimento de dever legal.**

É possível a entrega do prontuário nas seguintes hipóteses:

- **Art. 5º da Portaria MS/GM 1.508 de 01/09/2005:** "podendo ser entregues **apenas os documentos subscritos pela gestante** e seu respectivo representante legal **em caso de requisição judicial.**"
- **Art. 89 do Código de Ética Médica:** quando **autorizado por escrito pela paciente para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa**, devendo **o prontuário ser disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz** e quando apresentado em sua própria defesa, **o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.**
- **Art. 90 do Código de Ética Médica:** quando requisitado pelos Conselhos Regionais de Medicina, ocasião na qual se resguardará o sigilo profissional.

– 12 –

É necessário notificar a autoridade sanitária quando do atendimento às solicitantes de Abortamento Sentimental? A notificação constitui violação do sigilo médico?

Em seguida à identificação da causa que levou a pessoa a procurar o estabelecimento de saúde, cumpre ao médico e aos demais profissionais de saúde que acolheram a paciente ou aos responsáveis pelo estabelecimento notificar à autoridade de saúde local sobre a ocorrência de violência doméstica, sexual e outras formas de violência no **prazo de 24 horas**, conforme determina a Portaria GM/MS 1.271/2014¹⁶ (agravo 46, b, do Anexo à Portaria):

Até a publicação da Portaria 1.271/2014, os médicos e profissionais de saúde notificavam a vigilância local sem a identificação do nome, salvo concordância dos pacientes. Com a publicação da Portaria GM/MS 1.271/2014, **a responsabilidade pela preservação do sigilo das vítimas passou a ser das secretarias de saúde e dos responsáveis pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificações (Sinan).**

A notificação com a identificação do nome da paciente **não constitui violação ao sigilo médico** e deve ser feita a partir do fluxo definido pela vigilância local, no qual o serviço de saúde notifica via ficha de notificação, telefone, fax ou outro meio específico à vigilância municipal (art. 9º da Portaria GM/MS 1.271/2014).

A omissão da Notificação Compulsória poderá **implicar em sanção** prevista no Código Penal:

Omissão de notificação de doença

Art. 269. Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória:

Pena: detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

¹⁶BRASIL. Portaria Ministerial 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 9 jun. 2014. Seção I, 108, p 67 - 69. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

– 13 –

É necessário também notificar o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância nos casos envolvendo gestantes crianças ou adolescentes?

Em simultâneo à notificação, deve ser realizada a **comunicação aos Conselhos Tutelares ou à Vara da Infância e da Juventude nos casos envolvendo crianças e adolescentes**, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁷:

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente **serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade**, sem prejuízo de outras providências legais. (grifo nosso)

Além da sanção penal, o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê sanção administrativa também para os **casos de ausência de comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude**:

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, **de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente**:

Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (grifo nosso)

¹⁷ BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm

— 14 —

É necessário também notificar à autoridade policial nos casos envolvendo gestantes com deficiência?

Nos termos do art. 2º da Lei 13.146 de 6 de julho de 2015¹⁸, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de **natureza física, mental, intelectual ou sensorial**, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, **dispondo como obrigatória a comunicação à autoridade policial, ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência**:

Art. 26. Os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência serão **objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência**.

Parágrafo único. Para os efeitos dessa lei, considera-se violência contra a pessoa com deficiência qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que lhe cause morte ou dano ou sofrimento físico ou psicológico. (grifo nosso)

Embora a Lei 13.146/2015 tenha usado o termo Notificação, na verdade se trata de Comunicação. Os dois termos não se confundem, pois enquanto a Notificação se restringe ao processo de informar o caso à Vigilância em Saúde do Município, a Comunicação (ou denúncia), diz respeito ao ato de informar o caso aos órgãos de direito e de proteção para a tomada de medidas protetivas, como é o caso do Conselho Tutelar, autoridade policial e Ministério Público.

¹⁸ BRASIL. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.

— 15 —

Há previsão de sanção ética para os casos de omissão de Notificação/Comunicação?

Sob o ponto de vista ético, **tanto a ausência de Notificação Compulsória, quanto à ausência de comunicação às autoridades competentes nos casos previstos em lei, poderá implicar em violação aos seguintes dispositivos do Código de Ética Médica:**

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou a legislação pertinente.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, **cometer** ou favorecer **crime**.

1. **Introduction:** The study aims to investigate the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers.

2. **Methodology:** A cross-sectional survey was conducted among healthcare workers in various hospitals and clinics. The survey included questions about demographic information, work-related factors, and mental health symptoms.

3. **Results:** The study found that a significant proportion of healthcare workers reported symptoms of anxiety, depression, and stress. Factors such as long working hours, exposure to COVID-19 cases, and lack of social support were associated with higher levels of mental distress.

4. **Conclusion:** The COVID-19 pandemic has had a profound impact on the mental health of healthcare workers. It is crucial to implement interventions to support their mental well-being, such as providing psychological support, ensuring adequate rest, and fostering a supportive work environment.

5. **Implications:** The findings of this study highlight the need for mental health support for healthcare workers during times of crisis. It also emphasizes the importance of addressing work-related factors that contribute to mental distress.

—16—

É possível a equipe de saúde realizar o atendimento nos casos envolvendo gestantes crianças ou adolescentes sem a presença dos responsáveis legais?

Além de se tratar de uma obrigação legal, a **Comunicação ao Conselho Tutelar, à Delegacia de Polícia e ao Ministério Público auxilia e resguarda o médico diante de situações complexas.**

Um exemplo ocorre quando a pessoa vulnerável carece de representação ou assistência legal, **caso em que cumpre ao Ministério Público e ao Conselho Tutelar, pela via judicial, conduzir o caso com nomeação de curador.**

Outro exemplo é quando há **colisão de interesses entre a pessoa vulnerável e seu representante legal**, o que pode ocorrer tanto nos casos de violência doméstica, ou, até mesmo, quando há o desejo de continuidade da gravidez pela adolescente e discordância dos pais ou responsáveis legais.

De qualquer forma, **nos casos de crime sexual, assim como em qualquer urgência decorrente de causa externa, a assistência médica é prioritária** e deve ser garantida à criança ou adolescente antes de qualquer providência no âmbito policial ou judicial. Quando do atendimento às vítimas de violência sexual, cumpre à equipe de saúde o atendimento conforme o art. 3º da Lei 12.845/2013 (Tópico anterior – item 12), inclusive o diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas, que deverão ser feitos mediante o consentimento da paciente ou de seu representante legal, conforme preconiza o Código de Ética Médica:

Art. 22. Deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, **salvo em caso de risco iminente de morte.**

Diante de casos como esses, que podem trazer consequências legais, recomenda-se a condução conjunta do serviço de saúde com o Conselho Tutelar e Promotoria de Justiça, para resguardar tanto a vítima, quanto aos profissionais de saúde envolvidos no atendimento.

– 17 –

Qual a forma prevista em lei para a obtenção do consentimento da gestante e do representante legal pela equipe de saúde?

Após o **Termo de Aprovação** passa-se à terceira fase do procedimento de justificação e interrupção da gravidez, denominada de **Termo de Responsabilidade** que consiste:

Art. 5º A terceira fase verifica-se com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade **ou, se for incapaz, também de seu representante legal**, e esse Termo conterá **advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual.**

Nessa fase é o momento oportuno para apresentar à gestante as seguintes opções:

- seguir com a gravidez e ficar com o bebê; ou,
- seguir com a gravidez e entregar o bebê para adoção;
- ou, então, realizar o Abortamento.

Não se identificando risco à saúde da gestante, é interessante a equipe de saúde oportunizar à gestante um intervalo de alguns dias entre a fase 3 (Termo de Aprovação) e a fase 4 (assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido) com a finalidade de sedimentar a sua decisão.

A **quarta e última fase** consiste na assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**:

Art. 5º A quarta fase se encerra com o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, que obedecerá **aos seguintes requisitos**:

– 18 –

Quais as consequências jurídicas decorrentes da apuração após o Abortamento de que a mulher faltou com a verdade?

Nesse caso, somente a gestante responderá criminalmente (art. 124 do Código Penal). **A boa-fé do médico e dos demais integrantes da equipe de saúde caracteriza o que juridicamente se denomina erro de tipo, previsto no art. 20 do Código Penal:**

(...)

§ 1º é isento de pena que, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima.

Na hipótese de o médico estar sendo processado cível, criminalmente ou eticamente, poderá apresentar o prontuário em sua própria defesa, conforme previsto nos arts. 89 e 90 do Código de Ética Médica:

É vedado ao médico:

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, **salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.**

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

– 19 –

É possível que o Abortamento Sentimental seja realizado por outro profissional que não o médico?

A execução do abortamento por qualquer pessoa que não o médico retira a licitude do ato, configurando crime de aborto previsto no art. 126 do Código Penal. Apenas na hipótese de configuração de perigo atual para a vida da gestante é que a jurisprudência admite, quando ausente o médico, que o aborto seja realizado por enfermeira ou por qualquer outra pessoa diversa do médico.

Sob o ponto de vista ético, além das condutas previstas nos arts. 15 e 30 do CEM é vedado ao médico:

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou **atribuições exclusivos da profissão médica.**

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

– 20 –

O médico é obrigado a realizar o Abortamento, ainda que contrário aos ditames de sua consciência?

O Código de Ética Médica garante ao médico o que se denomina de **objeção de consciência**:

Princípios Fundamentais, VII – O médico exercerá sua profissão com **autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência** ou a quem não deseje, **excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.** (grifo nosso)

Portanto, **somente diante das seguintes situações o médico, na ausência de outro médico, não poderá se recusar a realizar o procedimento, tampouco delegar a outros profissionais a execução do ato:**

- 22.1) **risco de morte para a mulher;**
- 22.2) **no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.**

É garantia ao pleno exercício do direito à objeção de consciência, a divulgação não só às mulheres, como também aos médicos, dos instrumentos que norteiam o assunto com a finalidade de deixar bem claro que constitui dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto em lei.

Na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento¹⁹, publicada em 2011, consta que é dever do Estado manter, nos hospitais

¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf.

públicos, profissionais que realizem o abortamento, o que garante aos médicos o seu direito de objeção de consciência.

Nesse sentido, a Portaria 485, de 1º de abril de 2014, prevê como atribuição do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios o desenvolvimento de mecanismos de informação e comunicação à população sobre os endereços em que estejam situados os Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, de acordo com os dados do CNES (art. 12, § 2º).

Em atenção ao complexo contexto que envolve o Aborto Sentimental, constitui garantia de defesa tanto para a gestante quanto para o médico, que esse último esteja inserido em um Serviço Referenciado, fazendo parte de uma equipe multiprofissional e capacitado para cumprir as diversas etapas que antecedem o Abortamento.

Blank lined paper for writing.

– 21 –

Quais os direitos legais da mulher vítima de violência sexual? Quais as orientações que podem e devem ser fornecidas pela equipe de saúde após o atendimento médico?

É dever da equipe de saúde, após o atendimento médico, fornecer informações sobre os direitos legais, bem como facilitar o registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual (art. 3º, III e VII da Lei 12.845/2013).

A comunicação não pode ser direta, exigindo que a própria vítima procure as autoridades competentes, porque nos casos de violência sexual de mulheres maiores de 18 anos e não vulnerável, diferentemente dos casos de menores de 18 anos ou vulneráveis, o art. 225 do Código Penal exige a autorização da mulher para a propositura da ação penal:

Art. 225. Nos crimes definidos nos Capítulos I e II deste Título, se mediante ação penal pública condicionada à representação. (Redação dada pela Lei 12.015/2009).

Parágrafo único. Procede-se, entretanto, mediante ação penal incondicionada se a vítima é menor de 18 anos ou pessoa vulnerável. (Incluído pela Lei 12.015/2009).

Depois de prestado o atendimento médico, **cumpra à equipe de saúde orientar a mulher a procurar uma Delegacia da Mulher ou o Ministério Público.**

A notícia do fato criminoso não necessariamente precisa ser feita por meio de Boletim de Ocorrência, podendo ser encaminhada uma petição, com a constituição de procurador.

Ressalta-se que a Lei Penal estipula um prazo para a vítima apresentar representação contra o possível criminoso, qual seja, seis meses a contar do dia em que veio a saber quem era o autor do crime (art. 103 do Código Penal).

– 22 –

Após apresentada a representação pela vítima, como se desencadeiam as demais etapas do processo penal e como o atendimento prestado pela equipe de saúde poderá auxiliar na investigação policial?

A partir da representação é instaurado o respectivo inquérito policial, que se trata de um processo investigatório, e em seu bojo a autoridade policial poderá determinar a realização do **Auto de Corpo de Delito e outros exames médicos legais por perito oficial** (vinculado ao Instituto Médico Legal) ou, na sua falta, por duas pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior preferencialmente na área específica, dentre as que tiverem habilitação técnica relacionada com a natureza do exame (arts. 158 e 159 do Código de Processo Penal).

Havendo significativo lapso temporal entre o atendimento médico e o registro do fato à autoridade competente, não sendo mais possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos poderão fazer o exame de forma indireta, com base no prontuário médico do serviço que assistiu a vítima.

A Portaria MS 1.662, de 2 de outubro de 2015, que definiu critérios para a habilitação de Serviços para a Realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no SUS buscou justamente facilitar a persecução penal de crimes de natureza sexual ao habilitar tecnicamente e remunerar os profissionais de saúde quando do atendimento às vítimas de violência sexual.

Sobre o assunto, a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra as Mulheres recomenda, principalmente nos casos em que a mulher, em um primeiro momento, não manifeste o desejo de comunicar o fato para a autoridade policial, que, **nas primeiras horas ou dias da violência sexual**, o material do

conteúdo vaginal, oral ou anal seja obtido por meio de swab estéril, acondicionado em papel filtro, mantido em envelope lacrado e identificado, se possível em ambiente climatizado:

O material não deve ser colocado em sacos plásticos que mantenham a umidade, facilitando a proliferação bacteriana e consequente destruição do DNA. Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, por resultar na desnaturação do DNA. Deve-se, ainda, realizar esfregaço desse material biológico em duas lâminas de vidro, sem fixadores, devidamente identificadas (p. 86).

Além dessas coletas específicas, a Norma Técnica orienta outros cuidados que podem oferecer possibilidade adicional de recuperar elementos de materialidade do crime sexual:

Dessa forma, recomenda-se preservar as roupas que a mulher utilizava no momento da violência sexual. Pelos do autor da violência, identificados em vagina ou em outras regiões, também devem ser preservados. Fragmentos da pele do autor podem ser encontrados abaixo das unhas da mulher, particularmente nos casos em que a mesma ofereceu resistência física. (p. 87).

Com a instauração do respectivo inquérito policial e posterior ação penal, o estabelecimento de saúde deve disponibilizar ao juiz cópia do prontuário de atendimento, constituindo motivo justo e presumindo-se o consentimento da paciente, já que o processo penal iniciou por meio de sua representação.

Em razão das consequências jurídicas inerentes a atendimentos de vítimas de violência sexual, o correto preenchimento do prontuário é de fundamental importância devendo ser em observância à Resolução CFM 1.638/2002 (Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde)²⁰.

²⁰ Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm

Capítulo 2

Legislação



DECRETO 7.958, DE 13 DE MARÇO DE 2013

Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, **caput**, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos incisos IV e V do **caput** do art. 15 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

Art. 1º Este Decreto estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS, e as competências do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde para sua implementação.

Art. 2º O atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS observará as seguintes diretrizes:

I - acolhimento em serviços de referência;

II - atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;

III - disponibilização de espaço de escuta qualificado e privacidade durante o atendimento, para propiciar ambiente de confiança e respeito à vítima;

IV - informação prévia à vítima, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;

V - identificação e orientação às vítimas sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência sexual e de unidades do sistema de garantia de direitos;

VI - divulgação de informações sobre a existência de serviços de referência para atendimento de vítimas de violência sexual;

VII - disponibilização de transporte à vítima de violência sexual até os serviços de referência; e

VIII - promoção de capacitação de profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS para atender vítimas de violência sexual de forma humanizada, garantindo a idoneidade e o rastreamento dos vestígios coletados.

Art. 3º Para os fins deste Decreto, considera-se serviço de referência o serviço qualificado para oferecer atendimento às vítimas de violência sexual, observados os níveis de assistência e os diferentes profissionais que atuarão em

cada unidade de atendimento, segundo normas técnicas e protocolos adotados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça.

Art. 4º O atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais da rede do SUS compreenderá os seguintes procedimentos:

I - acolhimento, anamnese e realização de exames clínicos e laboratoriais;

II - preenchimento de prontuário com as seguintes informações:

a) data e hora do atendimento;

b) história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;

c) exame físico completo, inclusive o exame ginecológico, se for necessário;

d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica;

e) descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame; e

f) identificação dos profissionais que atenderam a vítima;

III - preenchimento do Termo de Relato Circunstanciado e Termo de Consentimento Informado, assinado pela vítima ou responsável legal;

IV - coleta de vestígios para, assegurada a cadeia de custódia, encaminhamento à perícia oficial, com a cópia do Termo de Consentimento Informado;

V - assistência farmacêutica e de outros insumos e acompanhamento multiprofissional, de acordo com a necessidade;

VI - preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências; e

VII - orientação à vítima ou ao seu responsável a respeito de seus direitos e sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência sexual.

§ 1º A coleta, identificação, descrição e guarda dos vestígios de que tratam as alíneas "e" e "f" do inciso II e o inciso IV do **caput** observarão regras e diretrizes técnicas estabelecidas pelo Ministério da Justiça e pelo Ministério da Saúde.

§ 2º A rede de atendimento ao SUS deve garantir a idoneidade e o rastreamento dos vestígios coletados.

Art. 5º Ao Ministério da Justiça compete:

I - apoiar a criação de ambiente humanizado para atendimento de vítimas de violência sexual nos órgãos de perícia médico-legal; e

II - promover capacitação de:

a) peritos médicos-legistas para atendimento humanizado na coleta de vestígios em vítimas de violência sexual;

b) profissionais e gestores de saúde do SUS para atendimento humanizado de

vítimas de violência sexual, no tocante à coleta, guarda e transporte dos vestígios coletados no exame clínico e o posterior encaminhamento do material coletado para a perícia oficial; e

c) profissionais de segurança pública, em especial os que atuam nas delegacias especializadas no atendimento a mulher, crianças e adolescentes, para atendimento humanizado e encaminhamento das vítimas aos serviços de referência e a unidades do sistema de garantia de direitos.

Art. 6º Ao Ministério da Saúde compete:

I - apoiar a estruturação e as ações para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual no âmbito da rede do SUS;

II - capacitar os profissionais e gestores de saúde do SUS para atendimento humanizado; e

III - realizar ações de educação permanente em saúde dirigidas a profissionais, gestores de saúde e população em geral sobre prevenção da violência sexual, organização e humanização do atendimento às vítimas de violência sexual.

Art. 7º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.¹

Brasília, 13 de março de 2013; 192º da Independência e 125º da República.

DILMA ROUSSEFF

José Eduardo Cardozo

Alexandre Rocha Santos Padilha

Eleonora Menicucci de Oliveira

LEI 12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013

Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

Art. 2º Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.

Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm

I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II - amparo médico, psicológico e social imediatos;

III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;

IV - profilaxia da gravidez;

V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;

VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;

VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

§ 1º Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem.

§ 2º No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal.

§ 3º Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.²

Brasília, 1º de agosto de 2013; 192º da Independência e 125º da República.

DILMA ROUSSEFF

José Eduardo Cardozo

Alexandre Rocha Santos Padilha

Eleonora Menicucci de Oliveira

Maria do Rosário Nunes

PORTARIA 1.508, DE 1º DE SETEMBRO DE 2005

Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

²Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm

CONSIDERANDO que o Código Penal Brasileiro estabelece como requisitos para o aborto humanitário ou sentimental, previsto no inciso II do art. 128, que ele seja praticado por médico e com o consentimento da mulher;

CONSIDERANDO que o Ministério da Saúde deve disciplinar as medidas assecuratórias da licitude do procedimento de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei quando realizado no âmbito do SUS;

CONSIDERANDO a necessidade de se garantir aos profissionais de saúde envolvidos no referido procedimento segurança jurídica adequada para a realização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei; e

CONSIDERANDO que a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes não obriga as vítimas de estupro da apresentação do Boletim de Ocorrência para sua submissão ao procedimento de interrupção da gravidez no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei é condição necessária para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem riscos de morte à mulher.

Art. 2º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei compõe-se de quatro fases que deverão ser registradas no formato de Termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantida a confidencialidade desses termos.

Art. 3º A primeira fase é constituída pelo relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço.

Parágrafo único. O Termo de Relato Circunstanciado deverá ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, também por seu representante legal, bem como por dois profissionais de saúde do serviço, e conterá:

I - local, dia e hora aproximada do fato;

II - tipo e forma de violência;

III - descrição dos agentes da conduta, se possível; e

IV - identificação de testemunhas, se houver.

Art. 4º A segunda fase dá-se com a intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver.

§ 1º Paralelamente, a mulher receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional, que anotará suas avaliações em documentos específicos.

§ 2º Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico.

§ 3º A equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo.

Art. 5º A terceira fase verifica-se com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal, e esse Termo conterá advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual.

Art. 6º A quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá aos seguintes requisitos:

I - o esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre:

- a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde;
- b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica;
- c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis; e
- d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial;

II - deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal; e

III - deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

Art. 7º Todos os documentos que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, conforme Modelos dos Anexos I, II, III, IV e V desta Portaria, deverão ser assinados pela gestante, ou, se for incapaz, também por seu representante legal, elaborados em duas vias, sendo uma fornecida para a gestante.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogada a Portaria 1145/GM, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União 130, de 8 de julho de 2005, Seção 1, página 31.³

SARAIVA FELIPE

³ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html

PORTARIA 485, DE 1º DE ABRIL DE 2014

Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

CONSIDERANDO o art. 227 da Constituição, que dispõe sobre o dever da família, da sociedade e do Estado de assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão;

CONSIDERANDO a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;

CONSIDERANDO a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

CONSIDERANDO a Lei 12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

CONSIDERANDO o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

CONSIDERANDO o Decreto 7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS;

CONSIDERANDO a Portaria 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que aprova, na forma do anexo, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

CONSIDERANDO a Portaria 1.968/GM/MS, de 25 de outubro de 2001, que dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS;

CONSIDERANDO a Portaria 2.406/GM/MS, de 5 de novembro de 2004, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação;

CONSIDERANDO a Portaria 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS;

CONSIDERANDO a Portaria 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

CONSIDERANDO a Portaria 1.944/GM/MS, de 27 de agosto de 2009, que institui no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

CONSIDERANDO a Portaria 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

CONSIDERANDO a Portaria 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, que 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;

CONSIDERANDO a Portaria 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

CONSIDERANDO a Portaria 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

CONSIDERANDO a Portaria 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

CONSIDERANDO os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada em 2004 pelo Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, elaborada em 2010 pelo Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO a intersetorialidade entre as políticas de saúde e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher em vigor da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR);

CONSIDERANDO as regras e as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde relacionadas ao atendimento da violência sexual e os agravos decorrentes e

à atenção humanizada em situações de abortamento em vigor, que orientam gestores e profissionais de saúde no sentido da organização de estratégias e ações em saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de adequar o Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) às políticas de saúde vigentes; e

CONSIDERANDO as contribuições da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ao Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Esta Portaria redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas e tem como funções precípuas preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede.

Art. 3º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá ser organizado em todos os estabelecimentos de saúde integrantes do SUS, conforme as especificidades e atribuições de cada estabelecimento.

Art. 4º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá abranger as seguintes classificações:

I - Serviço de Referência para Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência Sexual;

II - Serviço de Referência para Atenção Integral a Adolescentes em Situação de Violência Sexual;

III - Serviço de Referência para Atenção Integral às Crianças em Situação de Violência Sexual;

IV - Serviço de Referência para Atenção Integral aos Homens em Situação de Violência Sexual;

V - Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual;

VI - Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei; e

VII - Serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

§ 1º Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em situação de violência sexual e o Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei poderão ser organizados em hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares.

§ 2º Os serviços ambulatoriais, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatorios de especialidades e outros, compõem a rede de cuidado a pessoas em situação de violência sexual, devendo realizar o atendimento conforme suas especificidades e atribuições.

Art. 5º Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual terão suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, realizando:

I - acolhimento;

II - atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;

III - escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito;

IV - informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;

V - atendimento clínico;

VI - atendimento psicológico;

VII - realização de anamnese e preenchimento de prontuário onde conste, entre outras, as seguintes informações:

a) data e hora do atendimento;

b) história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;

c) exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário;

d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica; e

e) identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência;

VIII - dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;

IX - exames laboratoriais necessários;

X - preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;

XI - orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e

XII - orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

§ 1º Sem prejuízo da atuação do Instituto Médico Legal (IML), os estabelecimentos de saúde poderão realizar, no âmbito dos serviços de referência dispostos no «caput», a coleta, guarda provisória, preservação e entrega de material com vestígios de violência sexual, conforme o disposto no Decreto 7.958, de 13 de março de 2013.

§ 2º Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta dos serviços de referência dispostos no «caput» funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação.

Art. 6º O Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei terá suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, realizando:

I - atendimento clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, contando com serviço de apoio laboratorial;

II - apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; e

III - coleta e guarda de material genético.

Parágrafo único. Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta do serviço de referência disposto no “caput” funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação.

Art. 7º A equipe dos Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual e do Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei possuirá a seguinte composição de referência:

I - 1 (um) médico clínico ou 1 (um) médico em especialidades cirúrgicas;

II - 1 (um) enfermeiro;

III - 1 (um) técnico em enfermagem;

IV - 1 (um) psicólogo;

V - 1 (um) assistente social; e

VI - 1 (um) farmacêutico.

§ 1º Equipamentos e outros materiais necessários para o funcionamento adequado dos serviços de referência deverão estar organizados e disponíveis para os profissionais em escala de atendimento, de acordo com as normas, regras e diretrizes técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

§ 2º Os serviços de referência assegurarão a continuidade do cuidado e do acompanhamento, incluindo-se a realização dos exames regulares, de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes técnicas em vigor.

Art. 8º Os Serviços de Referência para Atenção Integral a Adolescentes e às Crianças em Situação de Violência Sexual comunicarão imediatamente ao

Conselho Tutelar da respectiva localidade a suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente, de acordo com o art. 13 da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Art. 9º O Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual subsidiará com informações à rede intersetorial de serviços de saúde e assistência social de que trata a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso).

Art. 10. Os serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual deverão oferecer acolhimento, atendimento humanizado e multidisciplinar e encaminhamento, sempre que necessário, aos serviços referência na Saúde, serviços de assistência social ou de outras políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência e órgãos e entidades de defesa de direitos.

Parágrafo único. Os medicamentos para profilaxias indicadas, inclusive anti-concepção de emergência, deverão ser dispensados e administrados nos serviços ambulatoriais às vítimas de violência sexual.

Art. 11. O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações realizará a notificação compulsória das situações atendidas através da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Art. 12. O monitoramento e a avaliação do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações constituem responsabilidade do Ministério da Saúde e das respectivas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

§ 1º O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/SAS/MS), em parceria com demais áreas do Ministério da Saúde, estabelecerá em conjunto com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o apoio técnico para a implementação, o monitoramento e a avaliação do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações.

§ 2º O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios desenvolverão mecanismos de informação e comunicação à população sobre os endereços em que estejam situados os Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, de acordo com os dados registrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 13. Compete ao Ministério da Saúde:

I - financiar, de acordo com a sua disponibilidade orçamentária e financeira, a adequação dos espaços físicos, equipamentos e insumos para atendimento às pessoas em situação de violência sexual com coleta de informações e vestígios;

II - criar procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para atendimento multiprofissional e interdisciplinar às vítimas de violência sexual em serviços de referência; e

III - cofinanciar as ações de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual.

Art. 14. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

I - adotar as providências necessárias para a organização do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações;

II - orientar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde no SCNES, de acordo com as classificações descritas no anexo;

III - estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência entre os serviços, de forma que o acesso seja ampliado e o atendimento adequado e humanizado, observada a organização das redes regionalizadas de atenção;

IV - realizar o acompanhamento, o controle e a avaliação das ações e serviços para o fortalecimento das políticas de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em parceria com o Ministério da Saúde; e

V - implementar ações e estratégias de apoio intersetorial ao enfrentamento da violência sexual previstas nas normas, regras e diretrizes técnicas para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual em vigor, incluindo-se:

a) a qualificação periódica de equipes multiprofissionais;

b) o desenvolvimento de mecanismos de supervisão, apoio técnico e incorporação de tecnologias que favoreçam a qualificação e expansão do número de Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, de acordo com as potencialidades regionais e locais; e

c) a articulação dos diversos serviços de saúde a outros recursos públicos no sentido de garantir o acesso, o cuidado e os encaminhamentos necessários para a proteção, defesa de direitos e responsabilização das pessoas que cometem violências.

Art. 15. Caberá ao Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, tornar pública, inclusive no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, a relação de estabelecimentos de saúde que atenderão pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS, de acordo com suas especificidades.

Art. 16. Fica incluído na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES o Serviço Especializado 165 - SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL e suas classificações, nos termos do anexo a esta Portaria.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 18. Fica revogada a Portaria 528/GM/MS, de 1º de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União 62, Seção 1, do dia seguinte, p. 41.⁴

ARTHUR CHIORO

⁴ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html

ANEXO

Serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual e suas classificações no sistema de cadastro nacional de estabelecimentos de saúde

CÓD. SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO
165	Serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual	001	Serviço de referência para atenção integral às mulheres em situação de violência sexual
		002	Serviço de referência para atenção integral a adolescentes em situação de violência sexual
		003	Serviço de referência para atenção integral às crianças em situação de violência sexual
		004	Serviço de referência para atenção integral aos homens em situação de violência sexual
		005	Serviço de referência para atenção integral às pessoas idosas em situação de violência sexual
		006	Serviço de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei
		008	Serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual

PORTARIA 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

CONSIDERANDO a Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

CONSIDERANDO o art. 10, incisos VI a IX, da Lei 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

CONSIDERANDO a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, alterada pela Lei 12.461, de 26 de julho de 2011, que determina a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

CONSIDERANDO a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados;

CONSIDERANDO a Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso às informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

CONSIDERANDO o Decreto Legislativo 395, publicado no Diário do Senado Federal em 13 de março de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005;

CONSIDERANDO o Decreto 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS); e

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Esta Portaria define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo.

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínicoepidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

CAPÍTULO II DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975.

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo.

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória.

Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade.

Art. 8º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Art. 9º A SVS/MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória.

Art. 10. A SVS/MS publicará normas técnicas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados,

funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais diretrizes técnicas para o cumprimento e operacionalização desta Portaria, no prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 11. A relação das doenças e agravos monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. A relação das epizootias e suas diretrizes de notificação constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Fica revogada a Portaria 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, nº 18, Seção 1, do dia seguinte, p. 37.

ARTHUR CHIORO

ANEXO

Lista Nacional de Notificação Compulsória

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (≤ 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				x
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			x	
2	Acidente por animal peçonhento			x	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			x	
4	Botulismo	x	x	x	
5	Cólera	x	x	x	
6	Coqueluche		x	x	
7	a. Dengue - Casos				x
	b. Dengue - Óbitos	x	x	x	
8	Difteria			x	
9	Doença de Chagas Aguda		x	x	
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				x
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		x	x	
	b. Doença Meningocócica		x	x	
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional:				
	a. Antraz pneumônico	x	x	x	
	b. Tularemia				
	c. Variola				
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes:				
	a. Arbovírus				
	b. Ebola	x	x	x	
	c. Marburg				
	d. Lassa				
	e. Febre purpúrica brasileira				
14	Esquistossomose				x
15	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	x	x	x	
16	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	x	x	x	
17	Febre Amarela	x	x	x	
18	Febre de Chikungunya	x	x	x	

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (≤ 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	
19	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	x	x	x	
20	Febre Maculosa e outras Rickettsioses	x	x	x	
21	Febre Tifoide		x	x	
22	Hanseníase				x
23	Hantavirose		x	x	
24	Hepatites virais				x
25	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				x
26	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puerpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				x
27	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				x
28	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	x	x	x	
29	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				x
30	Leishmaniose Tegumentar Americana				x
31	Leishmaniose Visceral				x
32	Leptospirose			x	
33	a. Malária na região amazônica				x
	b. Malária na região extra Amazônica	x	x	x	
34	Óbito:				x
	a. Infantil b. Materno				
35	Poliomielite por poliovírus selvagem	x	x	x	
36	Peste	x	x	x	
37	Raiva humana	x	x	x	
38	Síndrome da Rubéola Congênita	x	x	x	
39	Doenças Exantemáticas:	x	x	x	
	a. Sarampo b. Rubéola				
40	Sífilis:				x
	a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				
41	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	x	x	x	
42	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus	x	x	x	
	a. SARS-CoV b. MERS-CoV				
43	Tétano:			x	
	a. Acidental b. Neonatal				
44	Tuberculose				x
45	Varicela - Caso grave internado ou óbito		x	x	
46	a. Violência: doméstica e/ou outras violências				x
	b. Violência: sexual e tentativa de suicídio			x	

*Informação adicional:

Notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS;

Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

A notificação imediata no Distrito Federal é equivalente à SMS.

PORTARIA 2.415, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2014

Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

CONSIDERANDO o art. 227 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

CONSIDERANDO a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

CONSIDERANDO a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;

CONSIDERANDO a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

CONSIDERANDO a Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher;

CONSIDERANDO a Lei 12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO o Decreto 7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS;

CONSIDERANDO a Portaria 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

CONSIDERANDO a Portaria 2.848/GM/MS, de 6 de novembro de 2007, que publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS e suas atualizações temporais;

CONSIDERANDO a Portaria 485/GM/MS, de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento do serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde;

CONSIDERANDO a Portaria 618/SAS/MS, de 18 de julho de 2014, que altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento; e

CONSIDERANDO as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Fica incluído, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/ Próteses e Materiais Especiais do SUS, o procedimento 03.01.04.005-2 - Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e seus atributos, conforme especificado no anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. A realização do procedimento dar-se-á conforme as Portarias, normas técnicas, protocolos clínicos, linhas de cuidados e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Art. 2º Fica estabelecido que o procedimento de que trata o art. 1º desta Portaria será financiado por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) pelo período de 6 (seis) meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Parágrafo único. O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde realizará o monitoramento do registro dos procedimentos no período em que o financiamento de que trata esta Portaria for realizado por meio do FAEC. O monitoramento será realizado a cada 3 (três) meses para verificação das informações por amostragem aleatória, considerando a base de registro de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

Art. 3º Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde (DRAC/SAS/MS) adotar providências, junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SGEP/MS), para que sejam efetivadas as adequações definidas nesta Portaria nos sistemas de informação (SIGTAP e SCNES).

Art. 4º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade (Plano Orçamentário 0004 - Rede Cegonha).

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais a partir da competência seguinte à publicação.⁵

ARTHUR CHIORO

⁵ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2415_07_11_2014.html

Anexo**Procedimento incluído na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS**

PROCEDIMENTO: 03.01.04.005-2	ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
Descrição	Consiste em atendimento por equipe multiprofissional em serviço de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual, conforme disposições das Normas Técnicas e Linhas de cuidado do Ministério da Saúde. Engloba: acolhimento; escuta qualificada; atendimento clínico humanizado; atendimento psicológico e social; anamnese e registro em prontuário; realização de exames e profilaxias necessárias; notificação da violência sexual e outras violências; encaminhamentos, consultas e retornos para tratamento ambulatorial, de acordo com o caso
Instrumento de registro	02 - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA/I)
Modalidade	1 - Ambulatorial
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Sub tipo de financiamento	059 - Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual
Quantidade máxima	01
Valor ambulatorial	R\$ 100,00
Valor ambulatorial total	R\$ 100,00
Sexo	Ambos
Idade mínima	00 meses
Idade máxima	130 anos
CBO	2235* Enfermeiro 322205 Técnico em Enfermagem 2251* e/ou 2252* Médicos Clínicos* e/ou Médicos em Especialidades Cirúrgicas* 251510 e/ou 251520 e/ou 251530 e/ou 251540 Psicólogo Clínico Psicólogo Hospitalar Psicólogo Social Psicólogo do Trabalho 251605 Assistente Social 2234* Farmacêutico
CID	Y05 - Agressão sexual por meio de força física T74.2 - Abuso sexual Z61.4 - Problemas relacionados com abuso sexual alegado de uma criança por uma pessoa de dentro de seu grupo Z 61.5 - Problemas relacionados com abuso sexual alegado de uma criança por pessoa de fora de seu grupo
Serviço classificação	Código 165 - Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, classificação: 001- Referência para Atenção Integral às Pessoa em Situação de Violência Sexual
Atributos complementares	009 - Exige Cartão Nacional de Saúde (CNS)

PORTARIA 1.662, DE 2 DE OUTUBRO DE 2015

Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do Art. 87 da Constituição,

CONSIDERANDO a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

CONSIDERANDO a Lei 12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS; Considerando o Decreto 7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS;

CONSIDERANDO o Decreto 8.086, de 30 de agosto de 2013, que institui o Programa Mulher: Viver Sem Violência e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Portaria 485/GM/MS, de 9 de abril de 2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS;

CONSIDERANDO a Portaria 618/SAS/MS, de 18 de julho de 2014, que altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento;

CONSIDERANDO a Portaria Interministerial MS/MJ/SPM-PR 288, de 25 de março de 2015, que estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do SUS quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios e,

CONSIDERANDO os tratados e convenções internacionais e as políticas nacionais que tratam do enfrentamento à violência sexual, resolve:

Art. 1º Ficam estabelecidos os critérios para habilitação de estabelecimentos para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no SUS, conforme descrito no Anexo I.

Art. 2º Fica incluída no serviço 165 ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL, na Tabela de Serviço Especializado do SCNES, a classificação 008 COLETA DE VESTÍGIOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.

Parágrafo único. Os estabelecimentos de saúde com registro da referida classificação no Serviço 165 deverão também ser classificados como serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual na classificação 001, assegurando os requisitos aplicados, conforme disposições da Portaria 485, de 1º de abril de 2014, e da Portaria 618, de 18 de julho de 2014.

Art. 3º Fica incluída na Tabela de Habilitações do SCNES, a habilitação 37.01 COLETA DE VESTÍGIOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, a ser registrada de forma CENTRALIZADA.

Art. 4º Incluir na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS os procedimentos COLETA DE VESTÍGIOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL e seus atributos, conforme Anexo II.

Art. 5º Fica estabelecido que os procedimentos de que trata o art. 4º desta portaria serão financiados por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) pelo período de 06 (seis) meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC).

Parágrafo único. O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPE/SAS/MS) realizará o monitoramento do registro dos procedimentos no período em que o financiamento de que trata esta portaria for realizado por meio do FAEC. O monitoramento será realizado a cada 03 (três) meses para verificação das informações por amostragem aleatória, considerando a base de registro de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

Art. 6º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Plano orçamentário 0004 - Rede Cegonha.

Art. 7º Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), por meio da Coordenação-Geral de Sistemas de Informações do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde (CGSI/DRAC/SAS/MS), providenciar, junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/SGEP/MS), para que sejam efetivadas as adequações definidas nesta Portaria nos sistemas de informação.

Art. 8º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais a partir da competência seguinte à publicação.⁶

ARTHUR CHIORO

⁶Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1662_02_10_2015.html

Anexo I

Critérios para habilitação de estabelecimentos de saúde em coleta de vestígios de violência sexual

I - Cadastrar, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a classificação 008 - Coleta de Vestígios de Violência Sexual no código 165 - Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual.
II - Cadastrar, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a classificação 001 - Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no código 165 - Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual.
III - Promover atendimento multiprofissional a pessoas vítimas de violência sexual, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, de acordo com disposições do Decreto 7.958, de 13 de março de 2013 e da Portaria 485, de 1º de abril de 2014 e da Portaria 618, de 18 de julho de 2014.
IV - Possuir locais específicos para o desenvolvimento do atendimento multiprofissional a pessoas vítimas de violência sexual com espaços privados para: o acolhimento; o registro de informações e a coleta de vestígios e a guarda provisória de vestígios, conforme especificações técnicas em vigor disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.
V - Ter equipamentos e insumos disponíveis para a execução do atendimento no estabelecimento de saúde, conforme especificações técnicas em vigor disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.
VI - Dispor de equipe multiprofissional conforme Portaria 485, de 1º de abril de 2015, composta, no mínimo, por médico (a), enfermeiro (a), psicólogo (a), assistente social e farmacêutico (a), com capacidade técnica e em quantidade suficiente para a execução das ações do Serviço.
VII - Realizar, sistematicamente, a notificação compulsória das situações de violência sexual atendidas.
Para solicitar a habilitação os(as) gestores(as) de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deverão encaminhar ofício ao Ministério da Saúde com os seguintes documentos:
I - Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIB) ou da Comissão Intergestores Regional (CIR) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) que contemple a indicação do estabelecimento de saúde a ser habilitado.
II - Declaração, devidamente assinada pelo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde e pelo(a) diretor(a) do estabelecimento de saúde a ser habilitado, que ateste o cumprimento de todos os requisitos para habilitação discriminados acima. Os documentos com a solicitação da habilitação do estabelecimento de saúde deverão ser encaminhados via e-mail para saude.mulher@saude.gov.br . A habilitação será feita mediante publicação de portaria editada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS).

RESOLUÇÃO CFM 1.638/2002**(PUBLICADA NO D.O.U. DE 9 DE AGOSTO DE 2002, SEÇÃO I, P.184-5)**

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

I. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Secretário-Geral

RESOLUÇÃO CFM 1.779/2005

(PUBLICADA NO D.O.U., 05 DEZ 2005, SEÇÃO I, P. 121)

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM 1.601/2000.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

“Art. 14. O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao médico:

Art. 39. Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 44. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110. Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade.

Art. 112. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 114. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta”;

CONSIDERANDO que Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a Declaração de Óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que a morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causaram o óbito;

CONSIDERANDO que a morte não-natural é aquela que sobrevém em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005,

RESOLVE:

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

1) Morte natural:

I. Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO):

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO :

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar

(Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM 1.601/00.

Brasília-DF, 11 de novembro de 2005.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO

Secretária-Geral

RESOLUÇÃO CFM 1.811/2006

(PUBLICADA NO D.O.U. DE 17 JAN. 2007, SEÇÃO I, P. 72)

Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o direito reprodutivo funda-se nos princípios da dignidade da pessoa humana e propicia o exercício da paternidade responsável;

CONSIDERANDO que compete ao Estado propiciar recursos educacionais, científicos e materiais para o exercício desse direito, sendo vedada qualquer ação coercitiva por parte de entidades públicas ou privadas;

CONSIDERANDO que no Brasil há um número significativo de mulheres expostas à gravidez indesejada, seja pelo não uso ou uso inadequado de métodos anticoncepcionais;

CONSIDERANDO que as faixas mais atingidas são as de adolescentes e de adultas jovens, que, freqüentemente, iniciam a atividade sexual antes da anticoncepção;

CONSIDERANDO que a prevenção da gravidez indesejada constitui bom exemplo de sexualidade responsável, e que tal gravidez pode conduzir a custos psíquicos e sociais por vezes irreversíveis;

CONSIDERANDO que a prática da dupla proteção – recomendada pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e Sociedade Brasileira de Pediatria –, busca incutir a utilização da camisinha masculina ou feminina, concomitante a um outro método anticoncepcional, incluindo-se a Anticoncepção de Emergência;

CONSIDERANDO que a Anticoncepção de Emergência pode ser utilizada em qualquer etapa da vida reprodutiva e fase do ciclo menstrual na prevenção da gravidez e que, em caso de ocorrência de fecundação, não haverá interrupção do processo gestacional;

CONSIDERANDO que o objetivo da Anticoncepção de Emergência é evitar a gravidez e que mesmo nos raros casos de falha do método não provoca danos à evolução da gestação;

CONSIDERANDO que a Anticoncepção de Emergência poderá contribuir para a diminuição da gravidez indesejada e do aborto provocado;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada em 14 de dezembro de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Aceitar a Anticoncepção de Emergência como método alternativo para a prevenção da gravidez, por não provocar danos nem interrupção da mesma.

Art. 2º Cabe ao médico a responsabilidade pela prescrição da Anticoncepção de Emergência como medida de prevenção, visando interferir no impacto negativo da gravidez não planejada e suas conseqüências na Saúde Pública, particularmente na saúde reprodutiva.

Art. 3º Para a prática da Anticoncepção de Emergência poderão ser utilizados os métodos atualmente em uso ou que porventura sejam desenvolvidos, aceitos pela comunidade científica e que obedeçam à legislação brasileira, ou seja, que não sejam abortivos.

Art. 4º A Anticoncepção de Emergência pode ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva.

Art. 5º Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 6º Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Brasília-DF, 14 de dezembro de 2006.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente do Conselho

LÍVIA BARROS GARÇÃO

Secretária-Geral

**Exposição de Motivos
ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA**

Em 2006, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento completa 12 anos. Naquele evento, 179 países, inclusive o Brasil, reunidos no Cairo, Egito, firmaram um pacto para o estabelecimento de um Programa de Ação sobre População e Desenvolvimento a ser desenvolvido nos próximos 20 anos.

A Conferência do Cairo marcou uma nova era, principalmente no que diz respeito às questões reprodutivas, tendo sido firmado o compromisso de promoção dos direitos humanos, especialmente o fortalecimento da cidadania com acesso universal à saúde e informação sobre saúde sexual e reprodutiva, o que permitiria escolhas responsáveis e equidade entre os sexos.

No Brasil, o processo de democratização viabilizou um texto constitucional avançado no plano dos direitos e garantias individuais e coletivas, que contempla os princípios de dignidade da pessoa humana, envolvendo, inclusive, as noções de paternidade responsável, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desses direitos nas instâncias particulares e privadas, o que abrange o conhecimento de todos os métodos anticoncepcionais, inclusive a Anticoncepção de Emergência e o respeito à livre escolha. A linguagem dos direitos confere uma força particular às reivindicações da sociedade, devendo o direito reprodutivo ser entendido como direito humano fundamental.

No âmbito da Declaração dos Direitos Sexuais (Organização Mundial da Saúde e Associação Mundial de Sexologia, 2001), devem ser ressaltados os seguintes itens:

- ☑ direito de tomar decisões reprodutivas livres e responsáveis;
- ☑ direito à informação baseada em conhecimento científico;
- ☑ direito à educação sexual integral; e
- ☑ direito à atenção à saúde sexual.

É importante ter presente que a proposta de anticoncepção, incluindo a de emergência, integra o grande projeto de educação sexual, inclusive para adolescentes, que tem seu principal respaldo no Código de Ética Médica e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

A Anticoncepção de Emergência foi aprovada por muitos organismos internacionais: tais como a Organização Mundial da Saúde, International Planned Parenthood Federation (IPPF), Family Health International (FHI), Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) e Food and Drug Administration (FDA). No Brasil, consta nas Normas de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde desde 1986, através do método Yuzpe, e nas Normas Técnicas de Violência Sexual, também do Ministério da Saúde, desde 1998, sendo disponibilizada no mercado brasileiro, a partir de 1999, mediante apresentação de receita médica.

O Ministério da Saúde iniciou sua aquisição em 2000, distribuindo-a, inicialmente, aos serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência e, a partir de 2002, como item dos anticoncepcionais disponibilizados aos municípios pelo Programa de Planejamento Familiar. Também faz parte das recomendações e orientações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Em 2005, a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, produziu documento específico de esclarecimento sobre Anticoncepção de Emergência – que compõe sua série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

As indicações da Anticoncepção de Emergência são reservadas a situações especiais e excepcionais, mas seu objetivo básico é prevenir gravidez inoportuna ou indesejada após relação que, por alguma razão, foi desprotegida. Entre as indicações, destacam-se: relação sexual sem uso de método anticonceptivo, falha conhecida ou presumida do método em uso de rotina, uso inadequado do anticonceptivo e abuso sexual. Sempre que se fala em Anticoncepção de Emergência deve-se ressaltar seu caráter emergencial, não devendo, portanto, ser usada como método anticonceptivo regular, haja vista não ser eficaz para uso rotineiro.

Apesar da disponibilidade de métodos anticoncepcionais, a incidência da gravidez não planejada ainda é muito elevada em todo o mundo e especialmente no Brasil, onde atinge oito milhões de pessoas. A própria Organização Mundial da Saúde aceita que todos os métodos anticoncepcionais falham, sem exceção. Deve-se ainda levar em conta a elevada prevalência da violência sexual e de abortamentos, freqüentemente inseguros, realizados em razão de gravidez não planejada.

Há duas formas de oferecer a Anticoncepção de Emergência. A primeira, conhecida como método de Yuzpe, utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados de uso rotineiro em planejamento familiar, na dose de 200g de etinil-estradiol e 1mg de levonorgestrel (OMS), em duas doses iguais, a cada 12 horas. A segunda, é com o uso isolado de levonorgestrel, na dose única de

1,5mg (OMS). Ambas as opções podem ser utilizadas em até cinco dias após a relação sexual desprotegida, variando sua eficácia em função do tempo entre a relação sexual e sua administração.

Não há registros de efeitos teratogênicos em gestantes que inadvertidamente fizeram uso de Anticoncepção de Emergência, mesmo porque não existem evidências epidemiológicas de que mulheres expostas acidentalmente a ACHC, durante a fase inicial da gravidez, apresentem maior incidência de anomalias fetais. O método de Yuzpe utiliza os mesmos princípios ativos desses anticoncepcionais, porém em doses menores e por menos tempo. Além disso, considerando-se a indicação da Anticoncepção de Emergência em até cinco dias após a relação sexual desprotegida, o medicamento é administrado muito antes do início da organogênese, fase do desenvolvimento fetal de maior vulnerabilidade à ação de agentes teratogênicos.

Quanto aos aspectos éticos, o mais relevante é ressaltar o caráter não abortivo da Anticoncepção de Emergência.

O mecanismo de ação da Anticoncepção de Emergência varia conforme o momento do ciclo menstrual em que é administrada. Se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, antes do pico do hormônio luteinizante (LH), a Anticoncepção de Emergência impede a ovulação (mecanismo semelhante ao dos ACHC) ou a retarda por vários dias, circunstâncias nas quais os espermatozoides não terão qualquer oportunidade de contato com o óvulo. Na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a Anticoncepção de Emergência atua por outros mecanismos, principalmente pela modificação do muco cervical, tornando-o espesso e hostil, impedindo ou dificultando a migração dos espermatozoides em direção ao óvulo. Além disso, interfere na capacitação dos espermatozoides (processo fundamental para a fecundação) e altera o transporte dos mesmos e do óvulo nas trompas. Não há evidências científicas de que uma eventual disfunção luteolítica promovida pela Anticoncepção de Emergência interfira no processo de implantação, mesmo porque a progesterona produzida pelo ovário a partir da ovulação, ou administrada depois da fecundação, favorece o desenvolvimento e é essencial para a manutenção da gravidez. Vale lembrar que o termo progesterona significa pró-gestação e que é indicada e utilizada em situações clínicas de ameaça de abortamento espontâneo e de reprodução assistida. Também não há evidências de alterações no endométrio que pudessem interferir no processo da implantação.

Assim, a eficácia da Anticoncepção de Emergência é resultado dos mecanismos de ação descritos que, em conjunto ou isoladamente, atuam impedindo a fecundação/fertilização (exclusivamente, processo de união dos gametas feminino e masculino) e sempre antes da implantação/nidação (processo que se completa entre o 11º e o 12º dia após a fecundação). Não há quaisquer evidências científicas de que a Anticoncepção de Emergência exerça efeitos, após a fecundação/fertilização, que impeçam a implantação caso a fecundação ocorra ou que impliquem na eliminação precoce do embrião. Desta forma, a Anticoncepção de Emergência é capaz de evitar a gravidez, nunca de interrompê-la, ficando clara sua atuação não abortiva.

Quanto ao uso abusivo ou descontrolado da Anticoncepção de Emergência, não foi constatado qualquer indicador ou tendência, nem se observou diminuição significativa do uso de métodos de barreira, inclusive por adolescentes, ou aumento da promiscuidade sexual, principalmente quando a Anticoncepção de Emergência insere-se no contexto de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva que assegurem informação, aconselhamento e seguimento. Cabe ressaltar que, entre as adolescentes e mulheres adultas que utilizam apenas o preservativo masculino como método anticoncepcional, a Anticoncepção de Emergência constitui uma apólice de seguro para o caso de ruptura ou deslocamento deste, reforçando-se, assim, o conceito de dupla proteção.

A Anticoncepção de Emergência cumpre papel de destaque dentro da proposta de educação sexual para ambos os sexos, posto que seu caráter emergencial pode preceder o próprio processo educativo, sem deixar de integrá-lo em suas etapas. Ao se considerar as características e singularidades dos adolescentes, fica claro que a contracepção de emergência vai ao encontro de seu imediatismo, das constantes mudanças de pensar e sentir, colocando-se, portanto, como opção relevante de prevenção.

Não há dúvidas de que a Anticoncepção de Emergência é medida importante, entre tantas necessárias, para reduzir a gravidez e o abortamento na adolescência. Em 2000, o levantamento de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) mostra que 1,29% do total ocorreu entre adolescentes de 10 a 14 anos; e 25,84%, entre 15 e 19 anos. Adicionalmente, foram registradas 127.740 internações por aborto. Deste número, 59% referiam-se a jovens na faixa etária de 20 a 24 anos; 39%, a adolescentes entre 15 e 19 anos e 2,50%, a adolescentes na faixa de 10 a 14 anos. De 1993 a 1997, o número de curetagens realizadas no SUS em adolescentes de 10 a 19 anos passou de 19% para 22%. Em 1997, as complicações provocadas pelo abortamento inseguro foram responsáveis por 16% das mortes maternas de mulheres de 15 a 24 anos (CNPd, 1997). Segundo dados da PNDS, de 1996, a primeira causa de internação entre adolescentes de 10 a 14 anos é o parto. Em 2001, a principal causa de morbidade entre adolescentes relacionava-se à gravidez, parto e puerpério (77,28%), que representa a 7ª causa de morte de mulheres entre 10 a 24 anos (5,52%). Vários estudos demonstram que a promoção da Anticoncepção de Emergência permite uma ingesta da droga significativamente mais precoce (e, portanto, com mais chance de sucesso), diminuindo a taxa de gravidez não planejada e, conseqüentemente, de aborto.

O documento Adolescência, contracepção e ética - Diretrizes, de 2003, aprovado pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (constante em seu site) e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (publicado no Jornal de Pediatria), mostra que a prescrição de método anticonceptivo para a adolescente não fere nenhum princípio ético ou legal. Ao contrário, os profissionais de saúde têm clara responsabilidade com a atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, embasados na Constituição Federal (art. 226), no Código de Ética Médica (arts. 11, 102 e 103),

no Estatuto da Criança e do Adolescente e em conferências internacionais, das quais o Brasil foi signatário, como a IV Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e sua revisão pela Organização das Nações Unidas, em 1999, conhecida como Cairo 5.

A principal conclusão deste documento é que a Anticoncepção de Emergência não é considerada abortiva, podendo ser utilizada em qualquer faixa etária das etapas reprodutivas.

Bibliografia consultada

ADOLESCÊNCIA, CONTRACEPÇÃO E ÉTICA - Diretrizes – disponível em <http://www.febbrasgo.org.br>.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: perguntas e respostas para profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BELZER, M. et al. *Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use*. Journal of Adolescent Health 2003;32:122-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Marco Teórico e Referencial – *Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília, 2006.

CHECA, M.A., PASCUAL, J., ROBLES, A. CARRERAS, S. *Trends in the use of emergency contraception. An epidemiological study in Barcelona, Spain (1994-2002)*. Contraception 2004;70:199-201.

Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito. Mirian Ventura (org.), com a colaboração de Daniela Ikawa, Flávia Piovesan e Leila Linhares Barsted. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003.

ELLERTSON, C. et al. *Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only*. Obstetrics and Gynecology 2001;98:570-5.

FÓRUM 2002 – *Contracepção, adolescência e ética*. Maria Ignez Saito, Marta Miranda Leal (orgs.). Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas – Fmusp.

FÓRUM 2005: *Adolescência e contracepção de emergência*.

GAINER, E. et al. *Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway, Sweden and Portugal*. Contraception 2003;68(2):117-24.

GLASIER, A., BAIRD, D. *The effects of self-administering emergency contraception*. The New England Journal of Medicine 1998;339(1):1-4.

GOLD, M.A., SUCATO, G.S., CONRAD, L.H.P.J.A., *Provision of emergency contraception for adolescents* - Position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health* 2004;35:66-70

JACKSON, R.A., et al. *Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception – a randomized trial*. *Obstetrics and Gynecology* 2003;102:8-16.

JUVENTUDES E SEXUALIDADE. Abramovay M, Castro MG, Silva LB. Brasília: Unesco Brasil, 2004.

LITT, I.F., *Placing emergency contraception in the hands of women*. *JAMA* 2005;293(1):98-99.

LO, S.S.T., FAN, S.Y.S., HO, P.C., GLAISER, A.F., *Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behavior: a randomized controlled trial*. *Human Reproduction* 2004;19(10):2404-10.

RAINE, T., et al. *Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs – a randomized controlled trial*. *JAMA* 2005;293(1):54-62.

RAINE, T., et al. *Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population*. *Obstetrics and Gynecology* 2000;96:1-7.

ROWLANDS, S., et al. *Repeated use of hormonal emergency contraception by younger women in the UK*. *Brit j Fam Plann* 2000;26(3):138-143.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Adolescência, anticoncepção e ética – Diretrizes. *Jornal de Pediatria* 2004; 80(1).

ZIEBLAND, S., et al. *What happened when Scottish women were given advance supplies of emergency contraception? A survey and qualitative study of women's views and experiences*. *Social Science & Medicine* 2005; 60:1767-1779.

Capítulo 3

Anexos



Anexo I
(Identificação do serviço)
TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu, _____,
 _____, brasileira, _____ anos, portadora do documento
 de identificação tipo _____, _____, declaro que no dia _____,
 do mês _____ do ano de _____ às _____, 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(s)
 de aproximadamente _____ anos, raça/cor _____,
 cabelos _____, trajando (calça, camisa, camisetas,
 tênis e outros), _____

 outras informações (alcooolizado, drogado, condutor do veículo/tipo etc.).

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____

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,
 drogado) _____.

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 II
(Identificação do serviço)
PARECER TÉCNICO

Em face da análise dos resultados dos exames físico-geral, ginecológico, de ultrassonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar _____ da paciente _____,

documento tipo _____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Local e data: _____

Médico
 (assinatura e carimbo)

Anexo III
(Identificação do serviço)
TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO
DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de _____
 _____ do Hospital _____,

avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela usuária _____,

portadora do documento de identificação tipo _____, _____,
 registro hospitalar _____ com _____ semanas de gestação.

Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o art. 128, 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 por seu representante legal.

Local e data _____

Responsáveis pela aprovação
 Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Anexo IV

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)
	5 Data da Ocorrência do Evento		6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)	
Dados da Pessoa Acusada	7 Nome			8 Data de Nascimento
	9 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado	
	12 Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 06) Ensino médio incompleto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 07) Ensino médio completo 03) 4ª série completa do EF 08) Educação superior incompleta 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 09) Educação superior completa 05) Ensino fundamental completo 99) Ignorado		
	14 Ocupação		15 Situação conjugal 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado	
	16 Relações sexuais 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		17 Possui algum tipo de deficiência? ☐ Física ☐ Visual ☐ Outras deficiências/ Síndromes ☐ Mental ☐ Auditiva	
	18 Número do Cartão SUS		19 Nome da mãe	
Dados de Residência	20 UF		21 Município de residência	Código (IBGE)
	22 Logradouro (rua, avenida,...)		23 Número	
	24 Complemento (apto., casa, ...)		25 Ponto de Referência	
	26 CEP		27	
Dados da Ocorrência	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)			
	31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado			
	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência	
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)		36 Número	
	37 Complemento (apto., casa, ...)			
	38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	41 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não Arma branca 3 - Não se aplica 9 - Ignorado Arma de fogo Enforcamento/sufocação Objeto contundente Queimadura Força corporal Outros		42 Tipo de violências 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Física ☐ Sexual ☐ Tortura ☐ Psicológica / Moral ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Patrimonial ☐ Negligência/ Abandono ☐ Trabalho infantil ☐ Outros	

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais

SVS 28/06/2006

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf

Violência Sexual	43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Atentado violento ao pudor ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros _____	44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Oral ☐ Anal ☐ Vaginal
	45 Número de envolvidos ☐ 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado	46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Cuidador ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Madrasta ☐ Amigos/conhecidos ☐ Cônjuge ☐ Desconhecido ☐ Outros _____
Dados do provável autor da agressão	48 Suposta de uso de álcool ☐ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
	49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Aborto ☐ Gravidez ☐ DST ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outros _____	
En caso de violência sexual	50 Procedimento indicado 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Coleta de sangue ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sêmen ☐ Comunicação de Acidente de Trabalho ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei	
	51 Evolução do Caso ☐ 1- Alta 2- Encaminhamento ambulatorial 3- Encaminhamento hospitalar 4- Evasão / Fuga 5- Óbito pela agressão 6- Óbito por outras causas 9- Ignorado	
Evolução e encaminhamento	52 Se óbito pela agressão, data _____	
	53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Conselho tutelar (criança/adolescente) ☐ Delegacia Especializada da Mulher ☐ Centro de Referência da Assistência Social/CRAS ☐ Vara da infância / juventude ☐ Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente ☐ Casa de proteção / abrigo ☐ Outras delegacias ☐ IML ☐ Programa Sentinela ☐ Ministério Público ☐ Outros _____	
54 Circunstância da lesão (confirmada) ☐ CID 10 _____		55 Classificação final ☐ 1- Suspeito 2- Confirmado 3- Descartado
Informações complementares e observações		
TELEFONES ÚTEIS		
Disque-Saúde 0800 61 1997	Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100
Município/Unidade de Saúde _____		
Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
Notificador	Nome _____	Função _____
	Assinatura _____	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais		
SVS 28/06/2006		

Anexo V

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA OU COMPROVAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança, a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade – Lei 8.069, de 13/07/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente)

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: ____/____/____

Unidade: _____

Endereço da unidade: _____

Telefones: _____

Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional): _____

II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

Nome: _____

DN: ____/____/____

Idade: ____ Sexo: ____ Registro na unidade: _____

Filiação: _____

Responsável(is) Legal(is): _____

Acompanhante: _____

Grau de relacionamento: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

Referência para localização: _____

III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA
(Tipos e prováveis agressores)

Maus-tratos identificados/Causador(es) provável dos maus-tratos:

Abuso Sexual Mãe () Pai () Desconhecido () Outros () _____

Abuso Psicológico Mãe () Pai () Desconhecido () Outros () _____

Negligência Mãe () Pai () Desconhecido () Outros () _____

Abandono Mãe () Pai () Desconhecido () Outros () _____

Outras síndromes especificadas de maus-tratos: _____

Síndrome não especificada de maus-tratos: _____

Descrição sumária do ocorrido: _____

IV - DADOS DO ATENDIMENTO

(Incluir observações da anamnese e exame físico que surgiram a partir da caracterização de maus-tratos)

V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO
E DESTINO DADO AO PACIENTE

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR _____

em ____/____/____

Atenção:

Ver instrutivo no verso da ficha

Assinatura e carimbo da Direção

INSTRUTIVO

(Deve ser impresso no verso da ficha de notificação de violência, suspeita ou comprovação de maus-tratos contra crianças e adolescentes)

I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA QUE REALIZOU O ATENDIMENTO

Preencher com o nome e a categoria do profissional ou dos profissionais que atenderam à vítima de maus-tratos.

II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE VÍTIMA DA VIOLÊNCIA

- Registro na unidade – número de matrícula e/ou boletim de emergência.
- Responsável(is) legal(is) – caso não sejam os pais biológicos
- Grau de relacionamento – parente, pai, mãe, padrasto, avó, amigo da família, vizinho, outros.
- Endereço, telefone e referência – identificação de onde pode ser localizada a criança ou o adolescente vítima de maus-tratos.

III - CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Os maus-tratos são atos físicos, psicológicos e sexuais danosos aos meninos e meninas; ou omissões e negligências que também lhes causam danos físicos, sexuais ou emocionais. Os atos violentos podem ocorrer isolados, embora frequentemente aconteçam de forma associada.

Descrever o tipo de maus-tratos, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, CID10, com os seguintes códigos:

T 74.0 Negligência e Abandono

T 74.1 Sevícias Físicas (abuso físico)

T 74.2 Abuso Sexual

T 74.3 Abuso Psicológico

T 74.8 Outras Síndromes especificadas de maus-tratos

T 74.9 Síndrome não especificada de maus-tratos

- Para cada criança ou adolescente vítima de violência atendido deverá ser preenchida uma ficha específica.
- Quando as fichas para uso de identificação de maus-tratos forem impressas, no seu verso deve constar a relação de instituições locais que prestam atendimento a crianças e adolescentes em situação ou risco de violência, com telefones e outras informações consideradas úteis e necessárias.
- Em caso de dúvida ou necessidade de apoio para discussão do encaminhamento que deveria ser dado ao caso, o profissional ou a equipe de saúde deverá contatar a Gerência do Programa da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal ou o órgão local que cumpre a função de coordenação desses serviços.
- A notificação dos casos suspeitos ou confirmados de qualquer forma de maus-tratos contra crianças e adolescentes é obrigatória pelo Estatuto da Criança e Adolescente.
- Para a notificação desses casos os profissionais devem utilizar a Ficha de Notificação que contém instrutivo para preenchimento no verso.
- A ficha deve ser enviada pela direção da unidade o mais rapidamente possível ao Conselho Tutelar da Área mais próxima à moradia da criança ou do adolescente; para a Secretaria Municipal de Saúde, a quem caberá o posterior envio à Secretaria de Estado de Saúde.
- Recomenda-se que, além do encaminhamento da ficha ao Conselho Tutelar, seja sempre realizado um contato telefônico entre o mesmo e o serviço de saúde, propiciando a discussão da melhor conduta para o caso.
- Lembra-se que a atenção e a notificação dos casos é responsabilidade da Unidade também, e não apenas dos profissionais que fizeram o atendimento. A instituição deve estar atenta à identificação dos casos e comprometida com o acompanhamento das crianças e adolescentes.
- É importante que o setor da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelos programas voltados às crianças e aos jovens, conheça o número e a natureza dos casos que ocorrem no município, para que possa ir definindo estratégias de atenção e de prevenção adequadas à superação dos problemas de maus-tratos.
- É fundamental que todos os setores e profissionais da unidade recebam esta ficha com o respectivo instrutivo e sejam informados sobre a necessidade e a importância do adequado preenchimento da ficha de notificação.

Capítulo 4

Indicadores - Serviços Especializados



Estado: RIO GRANDE DO SUL

Município: TODOS

Tipo de Serviço: Serviço Especializado
ATENÇÃO ÀS PESSOAS
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Classificação: Existem 25 registros na tabela - Mostrando página 1 de 1

CNES	ESTABELECIMENTO	CNPJ	CNPJ MANTENEDORA	MUNICÍPIO
7014406	Centro de Planejamento e Assistência à Saúde da Mulher		88541354000194	Palmeira das Missões
3055477	Centro de Saúde de Itaqui		88120662000146	Itaqui
7294786	Centro de Testagem e Aconselhamento DST HIV		88138292000174	Rosário do Sul
2226693	Centro Municipal de Saúde Minas do Leão		91900381000110	Minas do Leão
2707675	Faherg	91102236000194		Rio Grande
2707918	Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim	89421259000110		Erechim
2252287	Hospital Bruno Born	91162511000165		Lajeado
2232022	Hospital Centenário	92931245000150		São Leopoldo
2237601	Hospital de Clínicas	87020517000120		Porto Alegre
2265052	Hospital Fêmina SA	92787118000200		Porto Alegre
2223538	Hospital Geral	88648761001843		Caxias do Sul
2237822	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas		92963560000160	Porto Alegre
2237571	Hospital Nossa Senhora da Conceição SA	92787118000120		Porto Alegre
2257645	Hospital São Pedro	90052804000127		Garibaldi
2236370	Hospital São Sebastião Mártir	98591910000190		Venâncio Aires
2246988	Hospital São Vicente de Paulo	92021062000106		Passo Fundo
3508528	Hospital Universitário	09549061000349		Canoas
2778718	HPS		92963560000160	Porto Alegre
2244306	HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria	95591764001420		Santa Maria
5696046	Programa da Saúde da Família		01610910000159	Barra do Quaraí
2248328	Santa Casa de Alegrete	87200929000142		Alegrete
2248190	Santa Casa de Caridade de Uruguaiana	98416225000128		Uruguaiana
2233312	Santa Casa de Misericórdia São Lourenço do Sul	97011688000147		São Lourenço do Sul
2248220	Santa Casa de Misericórdia	96039581000144		Santana do Livramento
7936850	UPA 24 Horas Sapiranga		87366159000102	Sapiranga



CREMERS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL