



VIOLÊNCIA SEXUAL E OUTROS TIPOS DE VIOLÊNCIA¹

1 FINALIDADE

O objetivo deste protocolo é estabelecer uma padronização no atendimento às mulheres vítimas de violência, com organização e humanização do atendimento.

Controle e o tratamento dos agravos físicos e psíquicos, através da promoção de critérios para atendimento empático e multiprofissional.

Promover acompanhamento médico e psicológico para a pacientes.

Padronização de medicamentos e demais produtos apropriados para implementar mecanismos profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis ou gestação em caso de violência sexual.

Conscientização dos profissionais da área da saúde a respeito da notificação não apenas de casos de violência sexual, como também outros tipos de violência relacionados à mulher, como doméstica, física, auto violência e tentativas de suicídio.

2 JUSTIFICATIVA

A violência contra mulher é um importante problema de saúde pública, assim como uma violação fundamental dos direitos humanos das mulheres. Ela afeta as cidadãs de todas as classes

¹ Protocolo elaborado para consulta básica e atualizações. Não substitui a leitura de livros textos, artigos acadêmicos e demais publicações referentes ao tema.



sociais, raças, etnias e orientações sexuais, atingindo as mulheres no seu direito à vida, à saúde e à integridade física.

O acolhimento em situação de qualquer tipo de violência deve permear todos os locais e momentos do cuidado, diferenciando-se da tradicional triage, que afinal configura a primeira etapa do atendimento. São fundamentais: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo. A pessoa deverá ser acolhida em ambiente reservado assim que sinaliza o fato que a levou a procurar atendimento. Neste momento pode-se observar se existe a presença de algum indivíduo que possa coibir o relato (seja familiar ou profissional do serviço) e verificar a possibilidade de entrevista na presença de outra pessoa e/ou sem o familiar.

3 ABRANGÊNCIA

Este protocolo será aplicado nos diversos setores da Maternidade Escola – UFRJ, através de diretrizes e recomendações a serem seguidas por todos os profissionais de saúde envolvidos, a fim de proporcionar intervenções direcionadas às mulheres que forem atendidas na emergência, alojamento conjunto ou centro obstétrico da instituição com relato de abuso sexual e/ou outros tipos de violência.

As recomendações para prevenção, devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

4 DEFINIÇÃO

Considera-se como violência, para fins de notificação, “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” (OMS, 2002). Ou seja, é qualquer conduta (ação ou omissão) de caráter intencional, que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento,



limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial.

A violência contra a mulher é uma importante questão de saúde pública e direitos humanos em todo o mundo, podendo se manifestar de diversas maneiras como física, psicológica e equ sexual.

A Portaria GM/MS nº 485 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 (SUS), em seu art. 7º, define a equipe dos Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, sendo: médico clínico ou médico em especialidades cirúrgicas, enfermeiro, técnico em enfermagem, psicólogo, assistente social e farmacêutico.

4.1 Violência Sexual

Relação sexual não desejada por meio de intimidação, coação, ameaça ou uso de força.

4.2 Violência Física

Ofensa à integridade ou saúde corporal através de agressões como socos, puxões de cabelos, estrangulamento, enforcamento.

4.3 Violência psicológica

É toda ação ou omissão que causa ou pretende a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa:

- Insultos constantes
- Humilhação
- Desvalorização
- Chantagem
- Isolamento de amigos e familiares
- Ridicularização
- Rechaço



- Manipulação afetiva
- Exploração
- Negligência (atos de omissão a cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros)
- Ameaças
- Privação arbitrária da liberdade (impedimento de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio dinheiro, brincar, etc.)

4.4 Auto violência

O termo auto violência pode ser melhor compreendido como automutilação, ou seja, a lesão direta e deliberada do próprio corpo sem intenção de morrer (autolesão sem intenção suicida).

4.5 Moral

Ofensa à honra ou reputação de uma pessoa, através de atos como calúnia, difamação ou injúria.

4.6 Patrimonial

Retenção, subtração, destruição de objetos, instrumento de trabalho, documentos pessoais, bens, valores ou recursos econômicos diversos.

5 ATENDIMENTO

Considerando o momento de medo e ansiedade e o histórico de saúde, o levantamento de dados do abuso deverá ser o mais breve e pontual possível. Não cabe aos profissionais emitir opiniões próprias ou levantar “curiosidades pessoais” sem interesse clínico.

O acolhimento deverá ser feito durante todo o atendimento, desde o momento da



classificação de risco pela equipe de enfermagem até o atendimento pela equipe médica do plantão de obstetrícia, juntamente com apoio multiprofissional (Psicologia e Serviço Social).

5.1 Violência sexual

Para fins de prioridade e encaminhamento, o profissional deverá confirmar o tempo decorrido entre a violência sexual e a procura pelo atendimento. Dados como uso de preservativo pelo agressor, tipo de agressão (com contato de fluidos ou não), meio empregado (para verificação de uso de substância química que impossibilitasse a pessoa de resistir) e, caso mulher em idade fértil, se usa algum método contraceptivo, deverão ser questionados garantindo agilidade para profilaxias.

- Estas informações preliminares deverão ser registradas em boletim de emergência / prontuário para que a pessoa não necessite repetir várias vezes o fato ocorrido.

Cabe aos profissionais informar sobre os procedimentos e medidas que serão realizadas.

O atendimento à paciente vítima de violência, em especial, violência sexual deve ser multiprofissional preconizando apoio emocional, exame físico e disponibilização de medicamentos profiláticos de acordo com diretrizes estabelecidas e individualizadas em cada instituição.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012) e o Decreto Presidencial nº 7958, de 13 de março de 2013, dispõem sobre os registros que devem constar em prontuário:

- Local, dia e hora aproximados da violência sexual e do atendimento médico no hospital de referência
- História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida
- Tipo(s) de violência sexual sofrida(s)
- Forma(s) de constrangimento empregada(s)
- Tipificação e número de agressores
- Exame físico completo, incluindo o exame ginecológico. Registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de infecções sexualmente transmissíveis, tais como: leucorréias, lesões verrucosas, lesões ulceradas, etc
- Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica;
- Descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame



- Descrição da profilaxia indicada
- Identificação dos profissionais que atenderam a vítima, com letra legível e assinatura

6 INTERVENÇÕES E PROFILAXIA PARA CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

6.1 Anticoncepção de Emergência (AE)

AE está indicada para todas as mulheres e/ou adolescentes (que já apresentem sinais de puberdade e não estejam na menopausa) que tenham sofrido violência sexual, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem. É desnecessária a AE quando há o relato de uso prévio de método contraceptivo de elevada eficácia (contraceptivo hormonal oral, implante, adesivo, anel vaginal, contraceptivo injetável, DIU ou laqueadura), porém deve-se considerar o estado de orientação e concentração da pessoa, em função do trauma causado pelo abuso.

- ❖ Esquema preconizado consiste em Levonorgestrel 0,75mg 01 comprimido de 12/12h por 1 dia ou 2 comprimidos em dose única.

Nos casos de prática de ato libidinoso, em que não haja possibilidade de contato de sêmen com a região genital da mulher, a AE não é necessária. Porém, em relatos confusos de agressão, rebaixamento de nível de consciência, cognição prejudicada, história de intoxicação exógena no momento da agressão ou dúvidas com relação ao tipo de prática sexual aplicada, deve-se considerar o uso da AE.

A AE deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso.

A pessoa vítima de abuso sexual deve ser orientada quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais subsequentes à violência até que sejam descartadas possíveis contaminações.

No momento do atendimento emergencial a pessoa pode não dispor de interesse em ouvir sobre atividade sexual futura. Desta forma, poderá receber apoio e informação nos atendimentos posteriores nas Unidades de Atenção Primária à Saúde ou no Hospital de Referência.



6.2 Profilaxia Das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Considerando a ampla gama de infecções sexualmente transmissíveis, a profilaxia pós-violência sexual contemplará os agravos mais prevalentes, de repercussão clínica de relevância, e está indicada em situações de exposição com risco de transmissão, mesmo não sendo observadas lesões.

Para avaliação do risco de infecção deve-se considerar:

- Tipo de material biológico envolvido
- Tipo de prática sofrida (penetração anal, oral, vaginal)
- Número de agressores
- Tempo de exposição (cárcere privado / sequestro / abuso crônico)
- Condição himenal: hímen íntegro ou com rotura (cicatrizada ou recente, única ou múltiplas)
- Presença de traumatismos genitais
- Idade
- Suscetibilidade
- Lesões prévias em mucosas
- Presença de IST

6.2.1 Hepatites Virais

A imunoprofilaxia contra a hepatite B deve ser considerada nos casos em que haja suspeita ou confirmação de exposição da vítima ao sêmen, sangue ou outros fluidos corpóreos do agressor.

Pessoas com esquema vacinal completo não necessitam de reforço ou uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).

Nos casos em que não haja contato com fluidos, o agressor seja vacinado ou use preservativo durante todo o ato de violência sexual ou nos casos de violência crônica (geralmente intrafamiliar), a imunoprofilaxia contra hepatite B não está recomendada.

O início da profilaxia está indicado nos casos de dúvida, desconhecimento do estado vacinal ou esquema vacinal incompleto e não deve estar condicionada a coleta e análise de exames. A primeira dose da vacina contra hepatite B deve ser administrada na ocasião do atendimento e as



doses posteriores (após 1 e 6 meses) realizadas nas unidades de atenção primária à saúde, após análise dos exames de primeira consulta. A IGHAHB poderá ser administrada em até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, mas recomenda-se aplicação nas primeiras 48 horas após a violência nos casos de não imunização, esquema vacinal desconhecido ou incompleto das vítimas. A gestação não contraindica a imunização com vacina ou soro, em qualquer idade gestacional. A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para imunobiológicos especiais - Cries.

6.2.2 HIV

Os fatores de risco para contaminação pelo HIV nas situações de violência sexual, além das condições já descritas nas infecções sexualmente transmissíveis não virais, dependem da carga viral em que se encontra o agressor, do início precoce da profilaxia ARV (antirretroviral) quando indicada, das condições de saúde da vítima, presença ou não de outras infecções sexualmente transmissíveis e idade da vítima (adolescentes e idosos são mais vulneráveis).

A profilaxia ARV do HIV é considerada abordagem protocolar de emergência nos casos de violência sexual com contato de fluidos do agressor e deve ser iniciada idealmente nas primeiras 02 horas, ou, no máximo em 72 horas (após este intervalo não existem evidências para a indicação) e o esquema terapêutico deve ser mantido por quatro semanas consecutivas. Caso seja possível a identificação sorológica do agressor e este seja negativo para o HIV, a quimioprofilaxia poderá ser interrompida ou não iniciada. Nos casos de estupro por pessoa desconhecida, deve-se considerar como soropositivo o agressor. Porém, resultados falso-negativos devem ser analisados dentro da condição clínica e contexto epidemiológico do agressor.

O esquema medicamentoso nos casos em que o agressor é sabidamente soropositivo e está em tratamento deverá ser indicado por especialista, porém, até o atendimento deste profissional, a profilaxia deve ser iniciada considerando o esquema recomendado.

A vítima deve ser orientada quanto aos efeitos adversos esperados. A medicação sintomática poderá ser utilizada para controle dos sintomas e adequações ao padrão alimentar podem ser necessárias.

Nas situações de necessidade de ajuste da dose ou modificação do esquema medicamentoso, recomenda-se que seja feita por médico com experiência em manejo ARV. A pessoa que inicia o



uso de ARV para fins profiláticos deve receber informação sobre a importância do uso correto das medicações até o término do tratamento e que os efeitos colaterais esperados, tais como a possibilidade de icterícia de curso benigno, não devem interromper o prosseguimento da profilaxia. É importante também informar a pessoa que o uso do ARV no período recomendado pode implicar menor risco da ocorrência de efeitos adversos, comparado com o uso prolongado dos medicamentos na terapia antirretroviral.

A Maternidade Escola disponibilizará medicação para 7 dias. Após esse período, a paciente deverá pegar a medicação na sua referência na Atenção Primária.

Nos casos de abuso crônico, com exposição repetida ao mesmo agressor, a profilaxia não está indicada, devido às possibilidades de contaminação já terem ocorrido. Porém, o ciclo de violência deve ser interrompido e o contexto ser avaliado e individualizado.

Para as gestantes, o esquema preferencial de terapia antirretroviral deve ser tenofovir e lamivudina, composto com atazanavir/ritonavir nas doses de atazanavir 300mg (01cp) e ritonavir 100mg (01 cp), via oral, ambos uma vez ao dia, ou raltegravir na dose de 400mg a partir da 14ª semana de gestação (01 cp, via oral, duas vezes ao dia).

Mulheres lactantes devem ser orientadas sobre os potenciais riscos de transmissão do HIV pelo leite materno. e, nos casos em que sofreram violência sexual, orientadas para a interrupção temporária da amamentação.

Durante o período de janela imunológica, é recomendada a extração e descarte do leite; uma vez realizado um exame de controle para o HIV na 12ª semana após início da PEP e sendo seu resultado não reagente, a reintrodução do aleitamento materno é autorizada.

A Figura 1 descreve apresentação e posologias de antirretrovirais preferenciais para profilaxia pós-exposição para vítimas de violência sexual.



Figura 1

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir ^a + Lamivudina	Comprimido coformulado (tenofovir 300mg + lamivudina 300mg)	1 comprimido via oral (VO) 1x/dia
	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: comprimido tenofovir 300mg + comprimido lamivudina 150mg	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
Dolutegravir	Comprimido dolutegravir 50mg	1 comprimido VO 1x/dia

Fonte: adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.¹⁵

Nota: a) Contraindicado para pessoas com insuficiência renal aguda e na pré-concepção; em mulheres em idade fértil, descartar gravidez e orientar o uso regular de contraceptivo eficaz; não recomendado para pessoas em uso de fenitoína, fenobarbital, oxcarbamazepina, carbamazepina, dofetilida e pilsicainida.

A Figura 2 apresenta o esquema profilático para infecções sexualmente transmissíveis não virais em situações de violência sexual.

Figura 2

Infecção sexualmente transmissível	Medicamento	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45kg, inclusive gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45kg
Sífilis	Benzilpenicilina benzatina	2,4 milhões de unidades internacionais (UI), intramuscular (IM) em dose única (dividida em duas injeções)	50.000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona + azitromicina	Ceftriaxona 500mg, 1 ampola, IM, dose única	+ / + + +
Infecção por clamídia	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total: 1g)	20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoníase	Metronidazol ^{a,b}	500mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total: 2g)	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

Fonte: adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.²⁰

Notas: a) A administração profilática do metronidazol ou suas alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal ao medicamento conhecida; e deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e de profilaxia pós-exposição; b) O metronidazol não poderá ser utilizado no primeiro trimestre de gestação.

Todas as gestantes elegíveis para tratamento da sífilis devem ser tratadas concomitantemente com sua parceria sexual com um dos seguintes esquemas:



6.3 Seguimento

O atendimento multiprofissional, especialmente acompanhamento psicológico é fundamental para a recuperação de vítimas de violência, a fim de reintegração no âmbito familiar, social e/ou profissional com segurança e auto estima.

A pessoa agredida sexualmente, após ser atendida em situação emergencial no hospital, deverá ser encaminhada para continuidade do cuidado em uma unidade de atenção primária à saúde ou outro serviço da rede de atenção à saúde, de acordo com a sua área de residência. Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das IST não virais em situações de violência sexual, ao contrário da profilaxia para infecção pelo HIV, que é 72 horas. Estas situações devem ser clínica e individualmente avaliadas. A pessoa que procura atendimento após as 72 horas do abuso deverá ser atendida e realizar os exames de investigação de IST/HIV e atualização do estado vacinal no primeiro atendimento, independentemente do tempo decorrido.

7 ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO

A Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 inclui violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de notificação compulsória (BRASIL, 2011b).

A Portaria GM/MS nº 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. Nesta, a violência passa a ter notificação imediata (24 horas) para a Secretaria Municipal de Saúde.

A Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que 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 (BRASIL, 2014b).

- A notificação deverá ser preenchida pelo profissional que atendeu a vítima de violência (médico, enfermeiro ou psicólogo) no momento do atendimento.



A notificação deverá ser preenchida por membro da equipe multiprofissional que atendeu a vítima de violência (médico, psicólogo, enfermeiro ou assistente social) no momento do atendimento.

A notificação realizada na admissão deverá ser entregue para a Coordenação de Enfermagem da Emergência, que deverá encaminhar para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar da (NVEH) da ME/UFRJ.

A ficha de notificação (Figura 1) encontra-se disponibilizada em setores diversos da maternidade, incluindo a admissão e se encontra disponível em diversos setores da maternidade e também no link abaixo:

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf

A ficha deverá ser preenchida pelo profissional que atendeu a paciente, e então ser encaminhada ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), ramal 214.

- Caberá ao NVEH da ME da UFRJ fazer o registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).



Figura 1 Ficha de Notificação (frente)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual									
	2	Agravado/doença		VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10)								
	3	Data da notificação		Y09									
	4	UF	5	Município de notificação		Código (IBGE)							
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora				<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros							
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9	Data da ocorrência da violência							
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)									
	10	Nome do paciente				11	Data de nascimento						
Dados de Residência	12	(ou) Idade	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	13	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	14	Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	15	Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	16	Escolaridade					0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	17	Número do Cartão SUS		18		Nome da mãe							
	19	UF	20	Município de Residência		Código (IBGE)	21	Distrito					
Dados Complementares	22	Bairro		23		Logradouro (rua, avenida,...)		Código					
	24	Número		25		Complemento (apto., casa, ...)		26		Geo campo 1			
	27	Geo campo 2		28		Ponto de Referência		29		CEP			
	30	DDD) Telefone		31		Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32		País (se residente fora do Brasil)			
Dados da Pessoa Atendida	Dados Complementares												
	33	Nome Social				34				Ocupação			
	35	Situação conjugal / Estado civil										<input type="checkbox"/>	
	36	Orientação Sexual				37				Identidade de gênero:		<input type="checkbox"/>	
Dados da Ocorrência	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?				39				Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado	
	40	UF	41	Município de ocorrência		Código (IBGE)	42	Distrito					
	43	Bairro		44		Logradouro (rua, avenida,...)		Código					
	45	Número		46		Complemento (apto., casa, ...)		47		Geo campo 3		48	Geo campo 4
49	Ponto de Referência		50		Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51		Hora da ocorrência (00.00 - 23.59 horas)				
52	Local de ocorrência				53				Ocorreu outras vezes?		<input type="checkbox"/>		
54	A lesão foi autoprovocada?				54				A lesão foi autoprovocada?		<input type="checkbox"/>		

SVS 15.06.2015



7 INDICADORES

Os painéis compreendem um conjunto de indicadores construídos tendo como fontes de dados as notificações compulsórias no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), além de dados de qualidade da informação no Sinan, os registros dos casos no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), os dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), dados populacionais dos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponíveis no site do DATASUS, e outros dados provenientes dos sistemas de monitoramento do Departamento.

A vigilância de violências instrumentalizada através da ficha de notificação é parte da estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) frente à violência, assim como os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde.

A qualidade de cada indicador apresentado depende, principalmente, das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação, como a frequência dos casos, o tamanho da população dos municípios e os recortes avaliados. Assim, é necessário cautela na interpretação dos diversos dados apresentados, em especial quando estes se referem a populações reduzidas.

O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>

O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) disponibiliza informações sobre as cinco formas em que essas violações podem acontecer - seja a violência física, sexual, psicológica, moral ou patrimonial - e como os cidadãos podem denunciar junto à Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ONDH).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) disponibiliza dados para apreciação:

<https://svs.aids.gov.br/daent/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estudos/violencia/>



REFERÊNCIAS

CERQUEIRA, D. R. DE C. (COORDENADOR) et al. Atlas da violência 2023.
<https://www.ipea.gov.br>, dez. 2023.

SINANWEB - Violência Interpessoal_Autoprovocada.