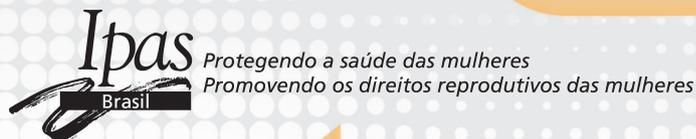


Indicadores para avaliação e monitoramento do atendimento a adolescentes em situação de violência sexual



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AE – Anticoncepção de Emergência

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

Norma Técnica - Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes

Marco Legal - Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes

Saúde Integral - Saúde Integral de Adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PNRMAV - Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências

PNETP - Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas

Portaria nº. 1.968/GM - Portaria nº. 1.968/GM de 25/10/2001, 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 Sistema Único de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde

Ipas Brasil

Indicadores para avaliação e monitoramento do atendimento a adolescentes em situação de violência sexual

(Projeto IPAS -773)

Autoras:

Adriana Mota, Leila Adesse e Patrícia Castro
Ipas Brasil

Consultoria:

Suely Ferreira Deslandes
FIOCRUZ
Doutora em Ciências
Instituto Fernandes Figueira
Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde – Jorge Careli

Jeanne de Souza Lima
Doutoranda – Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP

Maio de 2009

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	5
O papel dos indicadores numa proposta de avaliação.....	5
COMO USAR OS INDICADORES?	6
2. MARCO REFERENCIAL DA ELABORAÇÃO DOS INDICADORES	7
Quadro 1: Documentos utilizados para a definição do marco referencial	7
3. OS INDICADORES	8
Eixo 1 - Acolhimento.....	8
Eixo 2 – Protocolo e normas gerais de atendimento	11
Protocolo.....	11
Normas Gerais de Atendimento	11
Eixo 3 – Estruturação e capacitação das equipes	12
Estruturação das equipes	12
Capacitação das equipes.....	13
Eixo 4 – Materiais e Equipamentos.....	14
Eixo 5 – Notificação e qualidade do registro	14
Eixo 6 – Anticoncepção de emergência	15
Eixo 7 – Profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis/HIV e das hepatites virais	15
Eixo 8 – Interrupção da gravidez	16
Eixo 9 – Saúde Integral	17
PRÓXIMOS PASSOS	19
1. Validação dos indicadores a partir de consulta aos atores.....	19
2. Identificação das fontes de dados (bancos de dados, setores e agentes capazes de fornecer os dados) nas unidades.....	19
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
APÊNDICE 1	21
Marco teórico: Políticas de base	21
DOCUMENTO 1 – Estatuto da Criança e do Adolescente.....	21
DOCUMENTO 2 - Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.....	21
DOCUMENTO 3 - Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências	23
DOCUMENTO 4 - PORTARIA Nº 1968 / MS	25
DOCUMENTO 5 - Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas	25
DOCUMENTO 6 - A Saúde Integral de adolescentes e jovens. Orientações para a Organização de Serviços de Saúde	26
DOCUMENTO 7 – Marco Legal saúde, um direito de adolescentes	27
DOCUMENTO 8 – Lei 9.263 dispõe sobre o Planejamento familiar	28
DOCUMENTO 9 – Política Nacional de Humanização.....	28
ANEXO 1	29
LISTA DOS INDICADORES.....	29
ANEXO 2	33
MATRIZ FINAL DO PLANO DE AVALIAÇÃO.....	33

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho apresenta 41 indicadores (anexo1) para apoiar gestores e profissionais das unidades de saúde na avaliação e monitoramento do atendimento oferecido a adolescentes de ambos os sexos em situação de violência sexual. Deste conjunto de indicadores alguns destinam-se à análise do atendimento de baixa, média e alta complexidade, voltando-se portanto aos gestores de unidades básicas, ambulatórios, maternidades, emergências, hospitais gerais e de referência.

A formulação dos indicadores baseou-se em políticas públicas e normas técnicas vigentes no país que orientam e regulam a atenção prestada a estas vítimas, de forma a lhes oferecer atendimento integral, humanizado, de qualidade e comprometido com a garantia de seus direitos.

Esta coletânea de documentos foi selecionada, adotando-se como critérios: (a) a atualidade e vigência das referidas políticas; (b) a abrangência e validade em todo o território nacional.

Os indicadores foram construídos a partir das orientações estratégicas contidas nos documentos analisados. A governabilidade do gestor da unidade, isto é, a abrangência de sua responsabilidade e capacidade direta de intervenção foi o principal critério para a elaboração da maioria dos indicadores. Um grupo menor de indicadores diz respeito às atribuições indiretas do gestor (capacidade de demandar e reivindicar junto às Secretarias municipais de saúde para a obtenção de recursos materiais e técnicos). Os indicadores foram formulados e distribuídos em nove eixos temáticos que se articulam entre si:

1. Acolhimento
2. Protocolo e Normas Gerais de Atendimento
3. Estruturação e Capacitação das equipes
4. Materiais e Equipamentos
5. Notificação e qualidade do registro
6. Anticoncepção de emergência
7. Profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis/HIV e das hepatites virais
8. Interrupção da gravidez
9. Saúde Integral

O papel dos indicadores numa proposta de avaliação

Numa avaliação torna-se fundamental a identificação de variáveis e indicadores que sirvam à análise mais confiável, válida e efetiva do que se busca avaliar. Trata-se de definir os referentes empíricos que permitam medir ou inferir de forma válida os objetivos das ações propostas (Assis et al, 2005; Cohen e Franco, 1994). *Indicadores são ferramentas de apoio à avaliação.*

Os indicadores mais importantes são aqueles relacionados a critérios de julgamento¹, que especificam os dados necessários a fazer uma apreciação estratégica à proposta de avaliação. Muitos outros indicadores coadjuvantes e menos precisos (proxies) podem ser utilizados a fim de aumentar a validade do estudo (EuropeAid, 2008).

Indicadores são parâmetros de análise que buscam expressar de forma sintética e delimitada uma realidade sob recorte, sem serem capazes de esgotar a totalidade do real. Seu valor é o de construir os meios de verificação empírica.

Os indicadores se referem aos aspectos tangíveis e intangíveis da realidade. Tangíveis são aspectos

1 Um critério de julgamento é uma definição que permite avaliar o mérito ou sucesso. O critério está relacionado à pergunta central da avaliação (EuropeAid, 2008).

observáveis como a execução de certas atividades, com certa regularidade, envolvendo um número de participantes etc. Intangíveis são os elementos que só podem ser percebidos indiretamente, e geralmente através de estratégias qualitativas de pesquisa, como é o caso de consciência social, mudança de valores e atitudes (Valarelli, 2004).

Os indicadores podem ser quantitativos (relacionados à mensuração objetiva) ou qualitativos (destinados à análise de significados e interpretações dos sujeitos). Assim, numa avaliação é importante definir qual é a melhor combinação entre indicadores quantitativos e qualitativos, tangíveis e intangíveis, diretos e indiretos.

Um bom indicador provê informação direta que é facilmente comunicável e compreensível tanto para os gestores, quanto para os usuários dos programas e estratégias que se avaliam. Os indicadores de performance precisam ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e oportunos que na versão inglesa seriam definidos pela sigla SMART, i.e. Specific, Measurable, Attainable, Realistic and Timely (EuropeAid, 2008).

O emprego dos indicadores, contudo, não pode e nem deve estar isolado da análise dos contextos sócio-políticos em que estes processos sob avaliação ocorreram das ações dos atores e das condições estruturais em que se deram.

COMO USAR OS INDICADORES?

Espera-se que estes indicadores sejam o ponto de partida para uma reflexão crítica e coletiva do atendimento a(ao) adolescente em situação de violência sexual e seus familiares.

A seguir, alguns passos são sugeridos para a aplicação do conjunto de indicadores.

O primeiro passo deverá ser a elaboração da proposta de avaliação, demarcando uma parceria entre gestor, profissionais da unidade e Secretaria municipal de saúde. Um grupo de trabalho pode ser constituído para mobilizar a avaliação.

Um debate sobre o que avaliar e como avaliar é importante. O planejamento da avaliação inclusivo tem mais chances de o processo contar com o compromisso dos envolvidos, ser legítimo e útil.

O grupo coordenador deve promover este debate e motivar os envolvidos para resolver questões como:

- A periodicidade da avaliação (anual, ao fim de determinada gestão).
- O período a que se referem as ações avaliadas (tomar o ano anterior como base facilita a disponibilidade do dado e permite diagnósticos mais recentes).
- Quem coletará e sistematizará os dados.
- Como estes dados serão divulgados.

O segundo passo é a coleta dos dados.

O terceiro passo envolve a análise e a divulgação dos resultados. Ainda que os dados referentes aos indicadores sejam facilmente analisados, este processo também deve ser planejado. Os dados poderão ser analisados por um grupo técnico ou de forma coletiva. A divulgação também deve ser organizada, planejando-se como e quando os dados serão tornados públicos (seminários, reuniões, documentos etc.). O momento da divulgação também deve ser pensado, seja ao fim do primeiro ano de avaliação ou, se o processo levar mais do que um ano, ao término de toda a avaliação.

Finalmente, o quarto passo é a tomada de decisões. É preciso definir como os achados da avaliação serão incorporados para a melhoria das ações e como serão as estratégias empregadas para este fim.

Em síntese, a máxima de quem avalia atua melhor constitui a premissa deste trabalho.

2. MARCO REFERENCIAL DA ELABORAÇÃO DOS INDICADORES

A elaboração de indicadores para avaliação da atuação das unidades de saúde no que diz respeito ao atendimento dispensado a adolescentes, de ambos os sexos, em situação de violência sexual teve como marco referencial as orientações e diretrizes contidas em documentos governamentais (Leis, políticas públicas, portarias e normas técnicas nacionais), aqui reconhecidos como os principais definidores do paradigma brasileiro da proteção e do enfrentamento à violência sexual que acomete adolescentes. Nota-se uma lacuna ainda considerável nas orientações e diretrizes técnicas de atendimento no que concerne as especificidades do cuidado a ser prestado aos adolescentes do sexo masculino. Neste sentido, um exercício de adaptação e adequação de orientações gerais foi realizado, visando a inclusão deste segmento.

O quadro 1 apresenta o acervo de documentos utilizados para a construção de um marco de referências.

Quadro 1: Documentos utilizados para a definição do marco referencial

Políticas	Leis	Normas e Manuais Técnicos	Portaria
Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências	Lei nº. 8.069 de 13/07/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente	Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes	Portaria nº. 1.968/GM de 25/10/2001
Política Nacional de Humanização	Lei nº. 9.263 de 12/01/1996 – Planejamento Familiar	Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes	
Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas		Saúde Integral de Adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde	

O propósito foi a elaboração de indicadores capazes de auxiliar gestores de saúde a realizar monitoramento e avaliações do cuidado prestado em sua unidade a (ao) adolescente em situação de violência sexual e seus familiares.

Uma vez que estes documentos envolvem propósitos distintos em seu formato de elaboração, não constituem programas, mas macro diretrizes e proposições orientadoras das ações governamentais, não foi formulado um marco lógico, nem seus respectivos indicadores de Finalidade (objetivo de nível superior para o qual o projeto ou programa deseja contribuir), Propósito (objetivos concretos e imediatos do projeto ou programa), Componentes (estudos, planos, macro-atividades que precisam ser alcançados para que se atinja o propósito) e atividades essenciais dos principais componentes (Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2008. www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fAvaliacao_pratica_marco_logico.pdf).

Após a análise de todos os documentos foram selecionadas as questões mais estratégicas para a avaliação do objeto em foco, postulando-se perguntas e criando critérios de julgamento. Este exercício é realizado na denominada “fase divergente” da elaboração de um plano de avaliação

(Worthen et al, 2004). Essa fase é voltada para a identificação das fontes de perguntas e critérios de avaliação. Na fase divergente um conjunto abrangente de perguntas e interesses potencialmente importantes é criado, podendo ter origem em distintas fontes. Na “fase convergente” os avaliadores selecionam as perguntas mais críticas a serem tratadas e os respectivos critérios de julgamento de cada uma.

A matriz de trabalho adotada (ou plano de avaliação) (Quadro 2) foi construída a partir da: (1) definição dos eixos temáticos a serem abordados; (2) elaboração das perguntas mais pertinentes a serem tomadas como dispositivos de avaliação (questão de avaliação); (3) fundamentação que validasse tais questões no acervo dos documentos do marco referencial teórico; (4) descrição dos critérios de julgamento que sinalizariam êxito no cumprimento do objetivo em tela; (5) apresentação dos indicadores (Worthen et al, 2004, EuropeAid, 2008).

Quadro 2: Plano de avaliação

Eixo	Questão de avaliação	Fundamentação	Critério de julgamento do objetivo a ser cumprido	Indicador

A última fase do trabalho consistiu na elaboração do plano de avaliação e no debate deste com a equipe IPAS. A seguir, os indicadores foram revisados visando o consenso. A Matriz final do plano de avaliação encontra-se no anexo 2.

As finalidades, propósitos e diretrizes de cada política ou portaria utilizada, referenciando os aspectos relacionados aos eixos temáticos da proposta estão compilados no apêndice 1 (“Marco de referência teórica”).

3. OS INDICADORES

A Matriz do Plano de Avaliação apresenta nove eixos temáticos, sendo estes: 1) Acolhimento; 2) Protocolo e Normas Gerais de Atendimento; 3) Estruturação e Capacitação das equipes; 4) Materiais e Equipamentos; 5) Notificação e qualidade do registro; 6) Anticoncepção de emergência; 7) Profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis/HIV e das hepatites virais; 8) Interrupção da gravidez; e 9) Saúde Integral. Para cada eixo foram analisadas as orientações e diretrizes contidas em documentos governamentais reconhecidos como os principais definidores do paradigma brasileiro da proteção e do enfrentamento à violência sexual que acomete adolescentes.

Como se pode observar a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, atravessa transversalmente a formação de quase todos os eixos.

Eixo 1 - Acolhimento

A Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (Brasil, 2005) fundamenta orientações para a organização da atenção, define normas de atendimento, aponta para a valorização do acolhimento, do cumprimento de preceitos éticos, das estratégias de adesão e consolidação das abordagens empregadas. A oferta desses serviços visa permitir às (aos) adolescentes o acesso imediato aos cuidados de saúde, à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada (indicadores 1, 2 e 3).

O acolhimento é um requisito de suma importância para o atendimento às (aos) adolescentes em situa-

ção de violência sexual. A Política Nacional de Humanização, adotada pelo Ministério da Saúde, o compreende como uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade (Brasil, 2004). Nesta perspectiva o acolhimento *“é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários”* (Brasil, 2004: 05).

Em outras palavras, o acolhimento compreende um conjunto de ações que fazem com que a (o) adolescente se sinta *“bem recebido”* pelo serviço em todos os locais e momentos. Esse processo é fundamental para a constituição de vínculos e compromissos, além de favorecer o encaminhamento adequado da (o) adolescente e de sua família. Isso implica a humanização das relações entre equipes de saúde e usuários, de forma que todos os adolescentes que procuram o serviço de saúde sejam ouvidos com atenção, recebam informação, atendimento e encaminhamento adequados.

A Norma Técnica defende que a adolescente em situação de gravidez decorrente de violência sexual e seus representantes legais devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. As adolescentes têm o direito de serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme consta no Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal (indicador 2).

Da mesma forma e com mesma ênfase, as mulheres/adolescentes devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo os cuidados com o pré-natal apropriado para a situação. Nesse caso, as adolescentes também devem receber informações detalhadas e precisas sobre as alternativas após nascimento, que incluem a escolha em permanecer com a criança e inseri-la na família ou proceder com os mecanismos legais de adoção. Nessa última alternativa, os serviços de saúde devem providenciar as medidas junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção.

O setor saúde quando assume a violência como um dos mais importantes agravos de saúde da população o faz numa perspectiva diferente da lógica com que trabalham as forças de segurança pública. A saúde pública preocupa-se com as vítimas e não com a repressão, sendo assim, a perspectiva de atuação se dá na promoção da vida e da qualidade de vida (Minayo, 2006). Portanto, a exigência de apresentação de Boletim de Ocorrência Policial ou qualquer documento simular para o atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal (indicador 3).

O manual Saúde Integral de Adolescentes e Jovens reafirma que a Ética, Privacidade, Confiabilidade e Sigilo constituem princípios fundamentais da atenção a todas (os) adolescentes, e, especialmente aqueles em situação de violência sexual. Esses princípios reconhecem adolescentes como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento deve fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio sem emitir juízo de valor, especialmente o respeito às orientações sexuais da (o) adolescente (indicador 4).

É importante ressaltar que as (os) adolescentes que sofreram violência sexual se encontram em uma situação especial e devem ser priorizados na atenção à saúde. A normatização do cuidado às vítimas de violência, sobretudo a sexual, é uma ação recente para a saúde pública e observa-se que esses grupos não vêm sendo adequadamente atendidos, em grande parte, por despreparo dos serviços de saúde para o acolhimento desse público. Vale ressaltar que a violência sexual que acomete adolescentes vem agregada de outras questões bastante complexas como risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e o HIV, de ter uma gravidez indesejada ou vivenciar um aborto.

É fundamental que a unidade de saúde possua uma ficha/prontuário de atendimento com todas as informações dos profissionais envolvidos no atendimento às (aos) adolescentes que sofreram violência sexual. A utilização de um instrumento de sistematização de informação comum a toda a equipe evita

a repetição traumática da violência sofrida e corrobora com os princípios de confiabilidade e sigilo (indicador 5).

De acordo com a Norma Técnica, a avaliação de risco deverá ser feita com a (o) adolescente. Faz-se necessário identificar as situações de maior vulnerabilidade, a fim de elaborar ações e estratégias de prevenção. Nos casos de famílias em situação de violência, deve observar a história da pessoa agredida, o histórico de violência na família e a descrição dos atos de violência. A equipe, portanto, deve avaliar os riscos de repetição ou agravamento, visando à prevenção de novos episódios. Em se tratando de crianças e adolescentes, é fundamental avaliar a necessidade de estabelecer mecanismos de intervenção que atenuem a dependência e a vulnerabilidade (indicador 6).

A Norma Técnica recomenda que a equipe de saúde valorize o apoio da família, amigos e vizinhos a fim de proporcionar segurança e solidariedade e de favorecer os mecanismos de enfrentamento da situação. No caso específico da(o) adolescente, a sua proteção é fundamental, deve incluir ainda no atendimento as orientações sobre as formas de defesa e orientação sobre as condutas que evitem maior dano.

Em casos de abuso incestuoso, deve-se procurar conhecer a estrutura e dinâmica familiar, de modo a obter informações sobre o agressor e avaliar a situação de risco da (o) adolescente. É importante identificar a presença de familiares que têm condições de proporcionar apoio emocional. Quando possível, deve-se entrar em contato com a escola para evitar estigmatização e não alterar a convivência social. Ainda de acordo com a Norma Técnica, as unidades que realizam atendimento às (aos) adolescentes que sofreram violência sexual deve proporcionar espaços para a troca de experiências e suporte para lidar com o sofrimento e os limites de cada profissional (indicador 7).

Recomenda-se também que o atendimento deva ser realizado em local específico que proporcione privacidade. Esta medida é de suma importância para o processo de acolhimento, estabelecendo um ambiente de confiança e respeito. Embora a Norma Técnica esteja orientada para as questões do gênero feminino esta orientação é perfeitamente válida para os adolescentes do sexo masculino. Vale ressaltar que equipe de saúde deve estabelecer mecanismos de escuta e ações voltadas para acolhimentos de adolescentes do sexo masculino que sofreram violência sexual, uma vez que esta problemática é pouco identificada nos serviços de saúde por conta dos estereótipos de virilidade e masculinidade reforçados culturalmente (indicador 8).

ACOLHIMENTO	
1. Existência de rotina de atendimento que inclua a informação sobre os riscos e procedimentos de DST/HIV e gravidez indesejada a todos adolescentes em situação de violência sexual. [TODAS UNIDADES]	4. Existência de rotina de atendimento que garanta o sigilo e o respeito à opção sexual das(os) adolescentes. [TODAS UNIDADES]
2. Existência de rotina de atendimento que inclua a informação sobre o direito de interrupção da gravidez ocasionada por violência sexual. [TODAS UNIDADES]	5. Existência de rotina de atendimento que inclua avaliação de riscos e vulnerabilidades (*) (*) Avaliação deve ser feita junto às (aos) adolescentes, identificando as situações de maior vulnerabilidade para novas agressões e oferta de orientação sobre condutas que evitem maiores e novos danos. [TODAS UNIDADES]
3. Percentual de adolescentes vítimas de violência sexual que foram atendidos independente do BO ou laudo do IML. [TODAS UNIDADES]	6. Existência de espaços para troca de experiências e suporte para lidar com o sofrimento e os limites de cada profissional. [TODAS UNIDADES]

Eixo 2 – Protocolo e normas gerais de atendimento

No contexto da atenção integral à saúde, a assistência à (ao) adolescente em situação de violência sexual deve ser organizada mediante conhecimentos científicos atualizados, bases epidemiológicas e tecnologia apropriada. As ações de atenção à saúde devem ser acessíveis a toda a população, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, incluindo as medidas de emergência, o acompanhamento e o tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da (o) adolescente.

Protocolo

As orientações contidas na Norma Técnica podem ser apropriadas pelos serviços de saúde dos diferentes municípios sob o formato de protocolo, ou seja, um plano escrito que define, para uma realidade específica, os procedimentos que devem ser adotados para identificar e responder adequadamente às necessidades das (os) adolescentes que sofreram violência sexual nos distintos momentos do atendimento (primeiro atendimento e seguimento).

É necessário que existam mecanismos bem definidos de identificação e encaminhamento das (os) adolescentes que sofreram violência sexual. A eficiência desses mecanismos resulta na presteza dos cuidados de saúde visando o atendimento das demandas e necessidades de cada adolescente. Para tanto, é preciso que as unidades de saúde determinem os serviços oferecidos, de acordo com as instalações físicas e os recursos humanos disponíveis, a fim de favorecer o atendimento integral desta população (indicadores 9,10 e 11).

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO	
7. Existência de protocolo de atendimento estabelecido para o atendimento de primeira vez e seguimento de adolescentes de ambos os sexos vítimas de violência sexual. [MATERNIDADES, HOSPITAIS GERAIS E EMERGÊNCIAS]	8. Existência de protocolo de atendimento estabelecido para a(s) unidade(s) ambulatorial(is) para o seguimento dos adolescentes vítimas de violência sexual de ambos os sexos. [UNIDADES AMBULATORIAIS]

Normas Gerais de Atendimento

A Norma Técnica propõe que as unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos devam estar capacitadas para atender as adolescentes vítimas de violência sexual. Destaca-se que o limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos e situações de maior complexidade e podem requerer mecanismos de referência e contra-referência.

É necessário que o serviço de saúde realize o exame completo – ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais, o mais rápido possível (indicador 12).

Vale destacar que a abordagem junto à família deve ser enfatizada, no sentido de prevenir outros eventos violentos e realizar ações de promoção da resiliência (indicador 13). A resiliência pode ser definida como a capacidade de enfrentar positivamente as dificuldades e perdas, apesar do impacto negativo das adversidades (Assis et al, 2006)

Nenhuma organização é capaz de, isoladamente, realizar todas as ações necessárias para assegurar a saúde e o desenvolvimento das (os) adolescentes. Alianças e parcerias são essenciais para a efetivação do atendimento. Faz-se necessário, ainda, o desenvolvimento de estratégias diferenciadas como a criação de mecanismos de integração com os serviços da rede de saúde e outras instituições que lidam com esta problemática. O manual Saúde Integral de Adolescentes e Jovens sugere que a unidade de saúde

deve ter um mapeamento atualizado dos recursos e serviços existentes, incluindo horários, profissionais de referência, endereço e telefone, o tipo de serviço oferecido etc. Sempre que possível, deve-se manter um contato telefônico com as instituições visando à troca de informações e reforço de parcerias (indicador 14).

Segundo o mesmo manual, quando a (o) adolescente for encaminhado para outro setor da mesma unidade, é importante que a própria equipe que está realizando o primeiro atendimento facilite o agendamento, de modo que a (o) adolescente não se sinta fragmentado nessa atenção. O sistema de referência e contra-referência deve contemplar também o encaminhamento para instituições que não são da área da saúde. Para os encaminhamentos de referência e contra-referência, é necessário que sejam realizados em formulários padronizados localmente e que devem ser adequadamente preenchidos e de forma legível. (indicador 15)

NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO	
<p>9. Existência de atendimento que inclua a realização de exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções. [HOSPITAIS GERAIS, EMERGÊNCIAS E MATERNIDADES]</p>	<p>11. Existência na unidade de listagem de endereços e telefones de serviços que compõem a rede de enfrentamento à violência sexual [TODAS UNIDADES]</p>
<p>10. Existência de atendimento que inclua a família das (os) adolescentes em situação de violência sexual, visando a prevenção de outros eventos e promoção de resiliência. [TODAS UNIDADES]</p>	<p>12. Existência de um formulário para encaminhar as (os) adolescentes às unidades de seguimento. [TODAS UNIDADES]</p>

Eixo 3 – Estruturação e capacitação das equipes

A composição de equipes multidisciplinares, providas do apoio de capacitações contínuas, é reconhecido pelas políticas de enfrentamento da violência como essencial para a oferta de atendimento de qualidade às vítimas de violência. Neste sentido, observa-se que nos últimos anos o Ministério da Saúde vem atuando no sentido de equipar e capacitar os serviços de saúde a identificar os casos de violência sexual e promover a assistência adequada.

Estruturação das equipes

Em relação às (aos) adolescentes vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) visa garantir o direito à assistência adequada destinada a essas faixas etárias. Para tanto, propõe o trabalho de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. Além disso, sugere que sejam estabelecidos serviços de referência para a atenção dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, como exemplo, os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias.

A Norma Técnica também propõe que o atendimento ideal seja prestado por uma equipe interdisciplinar composta por médicos, psicólogos e assistentes sociais e que as equipes envolvidas diretamente na assistência devam receber capacitação para o atendimento de estabelecimento de medidas protetoras e outros aspectos para o atendimento humanizado.

É desejável que a equipe de saúde seja formada por médicos (as), psicólogos (as), enfermeiros (as) e assistentes sociais. A composição de seus membros pode variar de acordo com a disponibilidade maior ou menor de recursos humanos e a complexidade do atendimento prestado (indicadores 16, 17 e 18). No

entanto, a falta de um ou mais profissionais, com exceção do médico (a), não inviabiliza o atendimento. Recomenda-se que o atendimento de psicologia e do serviço social deve ser iniciado, o mais breve possível, e mantido durante todo o período de atendimento (indicador 17). Os serviços de referência para os casos de maior complexidade podem ampliar a equipe de saúde com pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia, psiquiatria ou outras especialidades (indicador 18).

ESTRUTURAÇÃO DAS EQUIPES	
13. Existência de equipe multiprofissional (médico, pediatra, enfermeiro e técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, farmacêutico e nutricionista) para o atendimento às (aos) adolescentes em situação de violência sexual. [UNIDADES DE REFERÊNCIA]	15. Existência de pediatra, infectologista, cirurgião, traumatologista, psiquiatra e/ou outras especialidades nos casos de maior complexidade. [UNIDADES DE REFERÊNCIA]
14. Existência de atendimento psicossocial desde a primeira consulta. [TODAS UNIDADES]	

Capacitação das equipes

A capacitação permite um aprendizado das condutas pertinentes a cada especialidade profissional e uma abordagem respaldada nos pressupostos éticos, presentes na atuação dos diferentes profissionais, além de promover a qualificação da atenção. As capacitações dos profissionais de saúde dirigidas à prevenção, assistência e tratamento de adolescentes em situação de violência sexual assumem um papel importante, sendo necessário um investimento de forma permanente e que contemple a violência sexual numa perspectiva de violência de gênero, abordando-se inclusive aspectos relacionados ao papel feminino e à masculinidade.

De acordo com a Norma Técnica, as capacitações devem ressaltar os aspectos clínicos, éticos e jurídicos que envolvem a violência sexual, especialmente os casos de abortamento legal, bem como a reflexão sobre os preceitos descritos no Estatuto da Criança e do Adolescente, principalmente no que se refere à proteção integral (indicadores 19, 20 e 21).

A PNRMAV destaca também numa de suas sete diretrizes a necessidade de capacitar recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando-se em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional.

CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES	
16. Percentual de profissionais capacitados para o atendimento de emergência e medidas protetoras (profilaxia de DST/HIV). [TODAS UNIDADES]	18. Existência de equipe multiprofissional capacitada nos aspectos clínicos, éticos e jurídicos do abortamento legal em adolescentes. [MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]
17. Percentual de médicos/as capacitados/as para realizar a interrupção da gravidez segundo a utilização das técnicas recomendadas. [MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]	

Eixo 4 – Materiais e Equipamentos

A unidade de saúde deve dispor de equipamentos e materiais permanentes, em condições adequadas de uso, que respondam as necessidades do atendimento. Segunda a Norma Técnica é de suma importância que a unidade esteja equipada de tal modo a contar com autonomia e resolutividade. O atendimento deve levar em consideração as peculiaridades voltadas para o atendimento de ambos os sexos (indicadores 22 e 23).

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	
19. Disponibilidade de materiais e equipamentos em condições adequadas de uso para o atendimento de adolescentes do sexo masculino. [HOSPITAIS GERAIS, EMERGÊNCIAS E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]	20. Disponibilidade de materiais e equipamentos em condições adequadas de uso para o atendimento de adolescentes do sexo feminino. [HOSPITAIS GERAIS, MATERNIDADES E EMERGÊNCIAS]

Nota 1: Segundo a Norma Técnica, os equipamentos necessários para o atendimento direcionado às adolescentes são os mesmos que compõe a estrutura de uma sala de atendimento ambulatorial em ginecologia e obstetrícia. Equipamentos adicionais podem ser incluídos, sempre que possível, como o colposcópio, colpovirgoscópio, aparelho de ultra-sonografia e equipamento fotográfico para registro de eventuais lesões físicas.

Nota 2: Para o atendimento direcionado especificamente aos adolescentes do sexo masculino podemos apontar como exemplo de equipamento o retosigmoidoscópio.

Eixo 5 – Notificação e qualidade do registro

Desde a década de 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através do artigo 13, declara a obrigatoriedade de comunicação ao Conselho Tutelar dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos (indicadores 24 e 25). O ECA prevê, ainda, multa de três a vinte salários de referência, a não comunicação pela autoridade competente - reconhecida na figura do médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino - dos casos de que tenha conhecimento (Art. 245).

A Portaria 1968/MS foi criada com a finalidade de ratificar a obrigatoriedade, delegada às autoridades competentes, de comunicar ao Conselho Tutelar os casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

A notificação compulsória pelo setor saúde é um instrumento fundamental no enfrentamento de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes e no processo de restauração de direitos. Além de possibilitar a interrupção do abuso e desencadear medidas de proteção e assistência às vítimas e seus familiares também oferece informações para melhor dimensionamento e avaliação das situações de violência e da necessidade de investimentos (Gonçalves e Ferreira, 2002). Na prática, para o cumprimento de seus objetivos, o processo de notificação compulsória no setor saúde requer investimentos na capacitação de profissionais, padronização de instrumento de registro e ações intra e intersetoriais que transcendem o campo de onde foram originadas, demandando e resultando em parcerias e fluxos contínuos de informação.

A PNRMAV prevê a promoção de registro contínuo, padronizado e adequado das informações, com o propósito de tornar possíveis estudos e subsidiar estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionados aos diversos segmentos da população, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, a partir dos quais viabilizar-se-ia a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a estes segmentos (indicadores 26, 27 e 28).

NOTIFICAÇÃO E QUALIDADE DO REGISTRO	
21. Percentual de profissionais capacitados/as para realizar a notificação de violência sexual. [TODAS UNIDADES]	23. Existência de prontuário ou ficha de primeiro atendimento e acompanhamento que contemple os dados sobre a violência sofrida, o exame físico, proctológico e ginecológico, os exames complementares, as condutas adotadas e os encaminhamentos realizados, a fim de evitar a repetição traumática da história. [TODAS UNIDADES]
22. Percentual de notificações encaminhadas aos Conselhos Tutelares dos casos de violência sexual contra as (os) adolescentes atendidas (os). [TODAS UNIDADES]	24. Existência de profissionais designados para a sistematização e para análise dos dados das fichas/prontuários de casos de violência sexual. [TODAS UNIDADES]

Eixo 6 – Anticoncepção de emergência

A gravidez decorrente de violência sexual representa para as mulheres e adolescentes uma segunda forma de violência. A complexidade da situação e os danos por ela provocados podem ser, em grande parte dos casos, evitados com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE), ação das mais importantes na atenção aos casos de violência sexual (indicador 29). A AE é o método utilizado na prevenção da gravidez, composta de hormônios concentrados e por curto período de tempo. Cabe aos profissionais de saúde avaliar cuidadosamente o risco de gravidez para cada adolescente que sofre violência sexual. Os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso adequado à AE (indicador 30).

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	
25. Percentual de adolescentes atendidas que possuíam indicação para ACE e que foram contempladas em até 72 horas decorrentes da violência sexual. [TODAS UNIDADES]	26. Existência de reposição periódica e em quantidade adequada da medicação para contracepção de emergência. [TODAS UNIDADES]

Eixo 7 – Profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis/HIV e das hepatites virais

As doenças sexualmente transmissíveis/HIV adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar graves conseqüências físicas e emocionais. A prevalência de DST em situações de violência sexual é elevada. Doenças como gonorréia, sífilis, clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser evitadas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia (indicadores 31 e 32). Esta medida é fundamental para proteger a saúde sexual e reprodutiva das (os) adolescentes.

De acordo com a NT, não deverão receber profilaxia de DST não virais os casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida com o agressor, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual. A Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (PNETP) também reforça a garantia de atendimento médico e informações relacionadas à prevenção de DST e HIV/AIDS; a necessidade de se elaborar protocolo específico para atendimento às vítimas de tráfico de pessoas (dentre estas as de exploração sexual), padronizando o atendimento.

A profilaxia do HIV com uso de anti-retrovirais em situações de violência sexual é um procedimento

novo, complexo e em processo de investigação. De acordo com a Norma Técnica a redução da transmissão do HIV durante a gravidez e o parto, bem como o sucesso alcançado na profilaxia dos acidentes entre profissionais de saúde, tem estimulado o uso de anti-retrovirais, com expressiva adesão ao tratamento.

A imunoprofilaxia para hepatite B é indicada em casos de violência sexual em que ocorre exposição ao sêmen, sangue e outros fluidos corporais do agressor (indicador 34).

Os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso adequado à profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis/HIV e das hepatites virais (indicadores 33 e 35).

PROFILAXIA DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV E DAS HEPATITES VIRAIS	
27. Percentual de cobertura da profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis/HIV nos casos não crônicos de violência sexual contra adolescentes. [TODAS UNIDADES]	30. Percentual de cobertura da profilaxia para hepatites virais nos casos de violência sexual contra adolescentes (vacina e fluxo para imunoglobulina). [MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]
28. Percentual de cobertura da profilaxia de outras doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, gonorréia, clamídia, entre outras) nos casos de violência sexual contra adolescentes. [TODAS UNIDADES]	31. Existência de reposição periódica e em quantidade adequada da medicação para hepatites virais. [MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]
29. Existência de reposição periódica e em quantidade adequada da medicação para profilaxia de DST/HIV. [TODAS UNIDADES]	

Eixo 8 – Interrupção da gravidez

Às adolescentes deve ser garantido o acesso à informação e a orientação de forma humanizada e solidária, ao aborto previsto por lei; à atenção de qualidade em complicações derivadas do abortamento; e ao planejamento reprodutivo pós-abortamento para evitar, inclusive, reincidência de abortos. De acordo com a Norma Técnica, os serviços de referência para o abortamento previsto por lei devem contar, além dos equipamentos próprios de um centro cirúrgico, material para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) ou material para dilatação e curetagem (indicadores 36 e 37).

Recomenda-se para o atendimento das adolescentes que sofreram violência sexual, um local específico no sentido de garantir a privacidade durante a entrevista e o exame. Essa medida é de suma importância para o processo de acolhimento, estabelecendo um ambiente de confiança e respeito. Entretanto, devem ser evitadas as situações que favoreçam o constrangimento ou estigma em relação a essas adolescentes, como por exemplo, a identificação nominal do setor ou da sala destinada ao atendimento exclusivo das vítimas de estupro (indicar 38).

INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ	
32. Existência de centro cirúrgico apropriado para interrupção da gravidez. [HOSPITAIS GERAIS MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]	34. Existência de condições de atendimento capazes de evitar situações de constrangimento ou estigma em relação às adolescentes que realizaram interrupção da gravidez decorrente de violência sexual. [HOSPITAIS GERAIS MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]

33. Existência de equipamentos e material para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) ou material para dilatação e curetagem para interrupção da gravidez decorrente de violência sexual. [HOSPITAIS GERAIS MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]	
--	--

Eixo 9 – Saúde Integral

Prestados todos os atendimentos específicos às (aos) adolescentes que sofreram violência sexual, corrobora-se a necessidade do estabelecimento de ações voltadas para a atenção integral destas (es) adolescentes. Sempre que possível, a equipe deve propor atividades de educação em saúde como medida preventiva às diversas vulnerabilidades.

É necessário que as unidades incluam itens na anamnese/entrevista social sobre a investigação sobre situações de violência. O levantamento destas informações contribuirá para o estabelecimento de ações, programas e políticas para o enfrentamento desta problemática, de acordo com a realidade dos casos atendidos (indicador 39).

O manual técnico Saúde Integral de Adolescentes recomenda a adoção de atitudes acolhedoras, cordiais e compreensivas, visando proporcionar segurança e tranquilidade, bem como autonomia nos cuidados com a saúde. Para o acolhimento e humanização das relações entre equipe e adolescentes é fundamental o desenvolvimento de uma escuta ativa dos profissionais de saúde. Esse procedimento é importante para a constituição de vínculos e compromissos que, por sua vez, favorecerão o atendimento adequado. Preconiza, ainda, a elaboração de estratégias específicas para a captação de adolescentes. Nos serviços em que é observada uma participação majoritária das adolescentes é aconselhável o desenvolvimento de estratégias para ampliar a participação dos adolescentes do sexo masculino.

As unidades de saúde que promovem ações voltadas para atenção integral de adolescentes de ambos os sexos poderão lançar mão de visita domiciliar; atendimento individual; atividades em grupo para adolescentes, jovens e familiares; ações educativas e de promoção da saúde; participação juvenil; e, atividades intersetoriais. Segundo o documento, o serviço de saúde deve possuir listagem com endereços e telefones de instituições que respondam as demandas das (os) adolescentes e suas famílias. Além da referência, é fundamental que ocorra a contra-referência, quando a equipe de saúde tomará conhecimento dos procedimentos realizados. Estas informações são fundamentais para dar continuidade ao acompanhamento dos casos.

A formulação e implementação de ações relativas à reprodução e à sexualidade de adolescentes e jovens têm sido alvo de vários debates, profundos questionamentos e mesmo controvérsias. Entretanto, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das (os) adolescentes se insere no campo dos direitos humanos, sendo definida como uma expressão do exercício pleno de direito fundamental à saúde (indicador 40).

Os princípios operativos da abordagem sobre os direitos sexuais e reprodutivos são:

- decidir livremente e responsabilmente sobre a própria vida sexual e reprodutiva;
- ter acesso à informação;
- ter acesso aos meios para o exercício dos direitos individuais livre de discriminação, coerção ou violência.

A Lei 9.263 de 1996 que dispõe sobre o Planejamento Familiar regulamenta um conjunto de ações para a saúde sexual e reprodutiva. A referida lei não trata especificamente sobre a saúde sexual e reprodutiva

dos adolescentes, o que não constitui uma barreira para o acesso a esse tipo de atendimento. Neste sentido, é fundamental que a burocracia não comprometa a qualidade do atendimento. Dessa forma, o acesso aos preservativos e ao teste de gravidez deve ser o mais abrangente e simples possível, favorecendo as ações de contracepção, prevenção das DST e acesso precoce ao pré-natal.

O Marco Legal Saúde, um Direito de Adolescentes defende o direito à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade da (o) adolescente e ao seu acesso aos serviços, independente da concordância ou presença dos pais ou responsáveis (indicador 41).

É importante criar ou adaptar ambientes onde as (os) adolescentes se sintam à vontade. O Manual Técnico Saúde Integral de Adolescentes preconiza que sempre que possível, sejam destinados turnos específicos de atendimento (indicador 42). O referido manual recomenda, ainda, a importância de parcerias com as diversas instituições que compõem a rede de serviços, especialmente a escola, uma vez que a mesma constitui um espaço privilegiado para a captação de adolescentes porque agrega grande parte desta população; é um espaço de socialização, formação e informação; e, é na escola que as (os) adolescentes passam a maior parte do seu tempo (indicador 43). Segundo a PNETP temas como violência, exploração sexual e formas de enfrentamento para evitar a estigmatização das vítimas devem fazer parte das discussões da comunidade escolar.

O manual técnico Saúde Integral de Adolescentes e Jovens recomenda a participação de adolescentes nas ações de saúde realizadas pela unidade (indicador 44). A participação juvenil é uma estratégia eficaz de promoção do desenvolvimento, uma vez que fortalece a auto-estima, a assertividade e a construção do projeto de vida. Nos serviços de saúde, a participação ativa e autônoma de adolescentes no planejamento, na execução e na avaliação das ações contribui decisivamente para a eficácia, a resolutividade e o impacto social sobre elas.

Segundo o manual Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, a divulgação das ações oferecidas pelos serviços de saúde, através de cartazes, folderes ou outros materiais é de suma importância para o acesso das (os) adolescentes, especialmente nos casos de violência sexual (indicador 45).

SAÚDE INTEGRAL	
35. Existência de itens na história clínica e na história psicossocial de rotina que incluam a investigação sobre situações de violência. [UNIDADES BÁSICAS, MATERNIDADES E UNIDADES AMBULATORIAIS]	39. Existência de parceria com a(s) escola(s) e instituições da comunidade voltadas para a prevenção da violência, exploração sexual e estigmatização das vítimas destes abusos. [UNIDADES BÁSICAS]
36. Existência de atividades em grupo e/ou individuais junto as (aos) adolescentes que abordem a questão de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos. [UNIDADES BÁSICAS, MATERNIDADES E UNIDADES AMBULATORIAIS]	40. Existência de participação de adolescentes nas ações de saúde realizadas pela unidade. [UNIDADES BÁSICAS]
37. Disponibilidade de atendimento aos adolescentes mesmo desacompanhados de seus responsáveis. [TODAS UNIDADES]	41. Disponibilidade de cartazes, folderes ou outros materiais informativos/educativos divulgando o atendimento direcionado às(aos) adolescentes em situação de violência sexual [TODAS UNIDADES]
38. Existência de turnos específicos para o atendimento às (aos) adolescentes. [UNIDADES BÁSICAS]	

PRÓXIMOS PASSOS

A construção de um conjunto de indicadores para apoiar gestores e profissionais das unidades de saúde na avaliação e monitoramento do atendimento oferecido a adolescentes de ambos os sexos em situação de violência sexual constitui uma iniciativa estratégica e pioneira.

Permite que gestores e profissionais de saúde conheçam as condições existentes do atendimento na sua unidade, reflitam criticamente sobre seus pontos críticos, planejem e empreendam ações e parcerias visando a melhoria da atenção.

Contudo, a consolidação e legitimação deste importante marco para a avaliação necessita futuros desdobramentos, descritos a seguir:

1. Validação dos indicadores a partir de consulta aos atores

Os indicadores ganham maior legitimidade quando são submetidos à consulta dos atores envolvidos no projeto de avaliação, no caso, gestores de saúde das unidades que realizam atendimento a adolescentes vítimas de violência sexual.

A consulta às equipes das secretarias municipais e estaduais de saúde, especialmente ligadas aos programas de saúde do adolescente e da mulher também validariam os referidos indicadores.

Aspectos como *clareza do enunciado* do indicador, *relevância* e *facilidade de acesso aos dados* são variáveis importantes de serem julgadas num processo de validação .

2. Identificação das fontes de dados (bancos de dados, setores e agentes capazes de fornecer os dados) nas unidades

Embora cada indicador apresentado neste documento esteja disponível no âmbito da própria unidade de saúde, é importante identificar os prováveis setores e agentes que disponibilizariam tais dados.

3. Definição das formas de verificação (fórmulas dos indicadores quantitativos e documentos dos indicadores qualitativos)

A apresentação dos indicadores aos gestores deve ser acompanhada de um guia, escrito de maneira simples e didática, orientando-os como calcular os indicadores quantitativos e como obter documentos que permitam verificar os dados qualitativos.

4. Teste dos indicadores

Os indicadores que passam por teste, por experiências – pilotos de avaliação, têm um ganho de verificação da sua aplicabilidade e utilidade.

5. Atribuição de escores dos indicadores

Seja por meio de consulta e decisão por parte dos atores envolvidos no projeto de avaliação, seja através da aplicação de um modelo estatístico, a atribuição de valores a cada indicador permite maior clareza da performance de cada unidade sob avaliação.

Estes cinco passos constituem um programa de investimento neste processo avaliativo. Sabe-se que o investimento na avaliação é estratégico para o diagnóstico da situação existente, para o planejamento de ações e tomada das decisões futuras comprometidas com a melhoria da qualidade dos serviços.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, SG. et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando a triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G; SOUZA, E. R. (Org.). Avaliação por triangulação de método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 105-132.
- ASSIS, SG. Resiliência. Enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006
- Banco Interamericano de Desenvolvimento. Matriz de marco lógico. Uma ferramenta de elaboração de projetos. www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fAvaliacao_pratica_marco_logico.pdf . Acesso em 10/01/2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.968/2001. 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 Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União nº 206, Seção 1, Pág. 86, 2001a.
- BRASIL/LEI FEDERAL Nº 8.069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 13 jul.
- BRASIL/LEI FEDERAL Nº. 9.263. Dispõe sobre o Planejamento Familiar e dá outras providências. De 12 de janeiro de 1996 .
- BRASIL/Ministério da Justiça. Política Nacional de Enfrentamento do Tráfico de Pessoas. Brasília: 2007
- BRASIL/Ministério da Saúde. Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes [Manual Técnico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL/Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL/Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes [Norma Técnica]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- BRASIL/Ministério da Saúde. Saúde Integral de Adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde [Manual Técnico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL/PORTARIA MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF: Diário Oficial da União nº 96, seção 1E: 2001; 18 mai.
- EuropeAid. Joint Evaluation Unit . Guidelines for geographic and thematic evaluations. http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/methods/mth_pps_en.htm. Acesso em 26/11/2008.
- COHEN, E.; FRANCO, R. Avaliação de Projetos Sociais. Petrópolis: Vozes, 1994.
- GONÇALVES, HS E FERREIRA AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(1):315-319, jan-fev, 2002
- MINAYO, MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- VALLARELI, LL. Indicadores de resultados de projetos sociais. Disponível em [http:// www.rits.org.br/gestao](http://www.rits.org.br/gestao). Acesso em 16/06/2004.
- WORTHEN, B, SANDERS, JR, FITZPATICK, JL Avaliação de programas. Concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.

APÊNDICE 1

Marco teórico: Políticas de base

A seguir estão dispostas as sínteses das políticas, portarias e documentos que embasaram o marco referencial utilizado para a elaboração de indicadores deste trabalho. Neste exercício de sinopse foram colocadas em destaque as questões que direta ou indiretamente tratam do atendimento: (1) às vítimas de violência em geral; (2) às vítimas da violência sexual; às(aos) adolescentes.

DOCUMENTO 1 – Estatuto da Criança e do Adolescente

O ECA dispensa qualquer tipo de apresentação, no entanto é sempre oportuno ressaltar que o mesmo se constitui em um marco definidor de um novo paradigma de proteção integral, determinando o reconhecimento de crianças e adolescentes brasileiros enquanto sujeitos de direitos, independente de raça, cor ou classe social, concebidos na condição de pessoas em desenvolvimento. Portanto, o segmento infanto-juvenil será prioritário no campo das formulações políticas, quanto no encaminhamento privilegiado de recursos das diversas instâncias político-administrativas do país.

Os preceitos descritos no ECA contemplam inúmeras perspectivas condizentes aos direitos das crianças e dos adolescentes do Brasil. No entanto, foram tomadas como referências as diretrizes e os propósitos ligados à garantia de direitos de adolescentes vítimas de violência sexual, que destacamos a seguir:

- Promoção da proteção integral à criança (0-12 anos) e ao adolescente (12-18 anos) (Artº 1);
- Garantia de prioridade no tocante ao recebimento de proteção e socorro em quaisquer circunstâncias (parágrafo único, Artº 4);
- Comunicação obrigatória ao Conselho Tutelar dos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente (Artº 13);
- Direito ao respeito, promovendo a inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (Artº 17);
- Dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante ou constrangedor (Artº 18);
- Prevenção da ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente (Artº 70).
- Abrangência de serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão na política de atendimento (Artº 87).
- Obrigatoriedade de o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche comunicar a autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente. Pena – multa de 3 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (Art. 245).

DOCUMENTO 2 - Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes

Considerando as reivindicações da sociedade civil por direitos à saúde, justiça e cidadania, o Estado brasileiro, por intermédio do Ministério da Saúde, assumiu compromissos com os direitos humanos das mulheres, visando garantir o pleno exercício de sua saúde física e mental através da formulação de Políticas Públicas de Saúde.

Logo, a publicação da Norma Técnica - Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes é uma contribuição para o planejamento e execução de ações que resultem na melhoria da qualidade de atenção a essas vítimas.

A Norma Técnica busca organizar a assistência nos serviços públicos de saúde, normatiza o atendimento clínico, os cuidados médicos e de enfermagem, a coleta de material para identificação do agressor, a anticoncepção, a quimioprofilaxia das DST/HIV/Aids, os procedimentos para interrupção da gravidez, além do apoio psicológico e social (Brasil, 2005).

A NT está estruturada a partir das seguintes orientações:

- **Organização da atenção** - deve ser fundamentada em conhecimentos científicos atualizados, bases epidemiológicas sustentáveis e tecnologia apropriada;
- **Padronização de Normas Gerais de Atendimento** – as unidades de saúde e os hospitais de referência devem estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo profissional responsável por cada;
- **Apoio Psicossocial** – as evidências mostram que violência sexual tem impacto sobre a saúde física, emocional e social de adolescentes e demais membros da família. Portanto, a Segurança Pública, o Judiciário, os serviços de apoio social e psicológico, além da saúde, devem trabalhar em conjunto para enfrentar o problema da violência. Os programas de atuação devem ser integrados, possibilitando que os recursos necessários estejam disponíveis, facilitando o acesso das mulheres e adolescentes à rede de proteção.
- **Oferta de Anticoncepção de Emergência** – previne a ocorrência gravidez após violência sexual.
- **Oferta de Profilaxia de DST Não Virais / Hepatites Virais / Infecção pelo HIV** - afirma que parte importante das infecções genitais decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Indica a imunoprofilaxia para hepatite B em casos de violência sexual em que ocorrer exposição ao sêmen, sangue ou outros fluídos corporais do agressor.
- **Acompanhamento Laboratorial** - define o apoio laboratorial como fundamental para auxiliar o diagnóstico e investigação das DST / HIV / Hepatites.
- **Gravidez de adolescentes decorrente de violência sexual** – dentre as conseqüências da violência sexual a gravidez indesejada ou forçada é encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres e adolescentes.
- **Procedimentos diante de Gravidez Decorrente de Violência** - sob a perspectiva da saúde, o abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana de gestação, e com produto da concepção pesando menos que 500g. Aborto é o produto da concepção eliminado pelo abortamento (p. 45).

Dada a especificidade que envolve a interrupção da gravidez de adolescente decorrente de violência sexual alguns pontos da Norma Técnica merecem destaque:

Aspectos legais

De acordo com o Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual. Constitui um direito da mulher/adolescente, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva (p. 42).

O Código Penal afirma que a palavra da vítima que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade.

Consentimento

Segundo o Código Penal é imprescindível o consentimento por escrito da mulher para a realização do abortamento em caso de violência sexual, que deve ser anexado ao prontuário médico. O Código Civil estabelece que, a partir dos 18 anos a mulher é considerada capaz de consentir sozinha para a realização do abortamento. Entre **16 e 18 anos**, a adolescente deve ser assistida pelos pais ou pelo representante legal, que se manifestam com ela. Se a adolescente ou criança tem idade **abaixo de 16 anos**, deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela (p. 42 e 43).

É esperado que conste no termo de consentimento a informação à mulher/adolescente ou a seu representante legal da possibilidade de responsabilização criminal, caso as declarações prestadas forem falsas, conforme art. 299 do Código Penal, sem prejuízo para a credibilidade da mulher, bem como da adolescente. De qualquer forma, sempre que a adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir. Também deverá ser respeitada a vontade da adolescente de não consentir com o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que seus representantes legais assim o quiserem (p. 43).

A realização do abortamento não se condiciona à decisão judicial que ateste e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. Portanto, a lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do aborto em casos de gravidez decorrente da violência sexual. O mesmo cabe para o boletim de ocorrência policial e para o laudo do exame de corpo de delito e conjunção carnal do Instituto Médico Legal. Não há sustentação legal para que os serviços de saúde neguem o procedimento, caso a mulher, bem como a adolescente não possa apresentá-los (p. 43).

Objecção de Consciência

É garantido ao médico a objeção de consciência e o direito de recusa em realizar o abortamento, no entanto deve garantir a atenção ao abortamento por outro profissional da instituição ou de outro serviço.

Não há direito de objeção de consciência nas seguintes situações excepcionais: 1) risco de morte da mulher/adolescente; 2) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) profissional que o faça; 3) quando a mulher ou adolescente puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do profissional; 4) no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência (p. 44).

DOCUMENTO 3 - Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), aprovada em 2001 pelo Ministério da Saúde marca, definitivamente, a inclusão do problema da violência na agenda de saúde pública do país. Esta política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas a valorizadas ações inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

Os princípios básicos que norteiam esta Política (p. 24) são : a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes. A PNRMAV orienta as ações por meio de **sete** diretrizes reguladoras:

Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis

Esta diretriz compreende os aspectos fundamentais para a mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e violências. Para isso, sugere a implementação de diversas estratégias-componentes como as propostas relativas a Municípios Saudáveis, Prefeito Amigo da Criança e Escolas “Promotoras de Saúde” (p.25).

Além dessas estratégias, esta diretriz aponta para a realização de outros componentes, tais como a divulgação dos dados científicos sobre acidentes e violências, apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e o estímulo às sociedades científicas.

A Política sugere ainda a realização de um trabalho de informação, orientação e apoio tanto às vítimas de acidentes e de violências quanto as suas famílias. As medidas estariam voltadas tanto para o reconhecimento quanto para a redução da violência doméstica, envolvendo um conjunto de ações interseoriais (p.27).

Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências

Esta diretriz compreende esforços visando as ações de capacitação e mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

De acordo com a PNRMAV, em função do crescimento dos acidentes e das violências, esta diretriz é fundamental para o fomento à organização e à implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar (APH).

Este nível de atenção, além de incorporar o atendimento pré-hospitalar móvel, inclui também o pré-hospitalar fixo, onde é oferecido o atendimento ambulatorial especializado às vítimas de violência. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências

Esta diretriz da PNRMAV recomenda a estruturação e organização da rede de serviços do SUS, de modo que seja possível diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna desde o primeiro nível de atenção. Preconiza, ainda, um sistema de referência entre o setor saúde e as áreas jurídicas e de segurança (p. 32).

Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação

A Política preconiza que o processo de reabilitação dirigirá suas ações não somente para a educação do usuário como, também, de sua família. Neste sentido, estes serviços deveriam oferecer atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar seqüelas e incapacidades, além de proporcionar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral (p. 36).

Capacitação de recursos humanos

Esta diretriz sugere a oferta de capacitações voltadas à melhoria da qualidade da informação no que se refere à vigilância epidemiológica por causas externas. E destaca também, a necessidade de capacitar recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências (p.37).

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

A PNRMAV considera que o desenvolvimento de estudos e pesquisas relativos aos diferentes aspectos relacionados a acidentes e a violências constituirá medida essencial para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde (p.38).

DOCUMENTO 4 - PORTARIA Nº 1968 / MS

A Portaria apóia-se no Art. 87, inciso II, da Constituição Federal, além de considerar o disposto no Capítulo I do Título II da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e os termos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada pela Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001, no Diário Oficial da União de 18 de maio de 2001.

A Portaria dispõe de dois artigos que objetivam, primeiramente, que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes do Sistema Único de Saúde – SUS notifiquem aos Conselhos Tutelares da localidade todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes por eles atendidos. O segundo define que a notificação deverá ser realizada através de um formulário próprio, que consta no anexo da referida Portaria.

Além do fornecimento de um formulário completo e adequado a Portaria destaca ainda a forma correta e eficaz de preencher o documento, sinalizando os dados que devem constar em cada item sobre identificação do atendimento; a identificação da criança e do adolescente; e a caracterização dos maus-tratos/violência.

DOCUMENTO 5 - Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas

Apresentado pelo Ministério da Justiça, o debate e a reflexão sobre o tráfico de pessoas no Brasil mudaram de patamar com a publicação do Decreto Presidencial nº 5.948, de 26 de outubro de 2006, que aprova a *Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas*, e institui em seu Artigo 1º que esta tem por finalidade estabelecer princípios, diretrizes e ações de prevenção e repressão ao tráfico de pessoas e de atendimento às vítimas, conforme o *Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas*², em especial mulheres e crianças.

Para os efeitos desta Política, no texto do Decreto, o *tráfico de pessoas* é definido como o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou acolhimento de pessoas, recorrendo à ameaça, uso da força, ou a outras formas de coação, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, à situação de vulnerabilidade, a pagamentos ou a benefícios, visando obter o consentimento de uma pessoa que tenha autoridade sobre outra para fins de exploração³. Variadas são as formas de exploração envolvidas, desde o trabalho escravo até a exploração sexual comercial. Distintamente do Estatuto da Criança e do Adolescente, que diferencia criança de adolescente⁴, segundo critério etário, para a Política, entende-se como “criança” qualquer pessoa com idade inferior a 18 anos.

São considerados **princípios** norteadores da *Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas*: I – respeito à dignidade da pessoa humana; II – não-discriminação por motivo de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, procedência, raça, religião, geracional, situação migratória ou outro status; III – proteção e assistência integral às vítimas; IV – promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos; V – respeito a tratados e convenções internacionais de direitos humanos; VI – universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos e, VII – atuação em rede (Art. 3º).

São **diretrizes gerais** da *Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas*: I – fortalecimento do pacto federativo, por meio da atuação conjunta e articulada de todas as esferas de governo na prevenção e repressão ao tráfico de pessoas, bem como no atendimento e reinserção social das vítimas;

2 Convenção de Palermo, 2000

3 O tráfico de pessoas inclui a **exploração sexual**, o trabalho ou serviços forçados, escravatura ou práticas similares à escravatura, a servidão ou a remoção de órgãos, dentre outras formas de exploração. A intermediação, promoção ou facilitação do recrutamento, do transporte, da transferência, do alojamento ou do acolhimento de pessoas para fins de exploração também configura tráfico de pessoas.

4 “Art., 2º – Considera-se criança, para efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.” (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990).

II – fomento à cooperação internacional bilateral ou multilateral; III – articulação com organizações não-governamentais, nacionais e internacionais; IV – estruturação de rede de enfrentamento ao tráfico de pessoas, envolvendo todas as esferas de governo e organizações da sociedade civil; V – transversalidade das dimensões de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, procedência, raça, religião e geracional nas políticas públicas; VI- fortalecimento da atuação nas regiões de fronteira, em portos, aeroportos, rodovias, estações rodoviárias e ferroviárias; VII – atendimento das vítimas no exterior e em território nacional, bem como sua reinserção social; VIII – incentivo e realização de pesquisas visando à identificação do tráfico de pessoas, suas causas ou fatores de ocorrência, as rotas mais comuns, considerando as diversidades regionais; IX – incentivo à formação e à capacitação de profissionais para a prevenção e repressão ao tráfico de pessoas, bem como para o atendimento e reinserção social das vítimas e, X – harmonização das legislações e procedimentos administrativos nas esferas federal, estadual e municipal relativas ao tema; XI incentivo à participação da sociedade civil em instâncias de controle social das políticas públicas na área de enfrentamento ao tráfico de pessoa; XII incentivo à participação dos órgãos de classe e conselhos profissionais na discussão sobre o tráfico de pessoas; e XIII garantia de acesso amplo e adequado à informações em diferentes mídias e estabelecimento de canais de diálogo, entre o Estado, a sociedade e os meios de comunicação, relativos ao enfrentamento ao tráfico de pessoas.

Ainda na apresentação das diretrizes gerais, destaca-se que deverão ser observados os princípios da **proteção integral da criança e do adolescente**, norteador das políticas brasileiras desde a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990.

No que se refere à **prevenção**, as diretrizes específicas referem-se à implementação de medidas preventivas nas políticas públicas de saúde, educação, trabalho, segurança, justiça, turismo, assistência social, desenvolvimento rural, esportes, dentre outras políticas setoriais; ao apoio e realização de campanhas educativas, com elaboração de material informativo e, ainda ao apoio à mobilização social e fortalecimento da sociedade civil.

Com relação às diretrizes específicas voltadas para a **repressão**, elas tratam da cooperação entre órgãos policiais nacionais e internacionais; a cooperação jurídica internacional; ao sigilo dos procedimentos judiciais e administrativos, nos termos da lei e, a necessidade de integração com políticas e/ ou ações de repressão de crimes correlatos ao de tráfico de pessoas.

As diretrizes específicas para a **atenção** às vítimas do tráfico de pessoas estão dirigidas à proteção e assistência jurídica, social, médica e psicológica; à assistência consular, independentemente de sua situação migratória; ao acolhimento e abrigo provisório das vítimas; à reinserção social com a garantia de oportunidades de trabalho, formação e educação; à atenção às necessidades específicas das vítimas, com especial atenção a questões de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, procedência, raça, religião, geracional, situação migratória, ou outro status; à proteção da intimidade e da identidade das vítimas e, ao levantamento e mapeamento de instituições governamentais e não governamentais situadas no Brasil e no exterior que prestam assistência a vítimas de tráfico de pessoas, com vistas à divulgação ao público. Cabe destacar que a proteção e assistência a serem prestadas às vítimas deverão ser estendidas aos seus familiares.

Documento 6 - A Saúde Integral de adolescentes e jovens. Orientações para a Organização de Serviços de Saúde

Em 2005 o Ministério da Saúde⁵, através da Secretaria de Atenção à Saúde, divulgou um manual denominado **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens. Orientações para a Organização de Serviços de Saúde**. Este material tem como propósito fornecer orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens. O

5 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Integral de adolescentes e jovens: orientações de serviços de saúde. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2005.

manual contém diretrizes e princípios referendados por diversas organizações nacionais e internacionais e pode ser considerado como um guia flexível, passível de ser adequado às várias realidades existentes no país.

No que se refere aos princípios e diretrizes do atendimento, o manual sublinha como necessário:

1. Adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis.
2. Respeito às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local.
3. Participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações.

Em relação aos objetivos constantes no guia **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens** encontra-se destacada a necessidade de formação permanente de recursos humanos. O documento enfatiza, ainda, a Ética, a Privacidade, a Confidencialidade e o Sigilo como princípios fundamentais na atenção aos adolescentes e jovens. No que se refere à Ética preconiza que a relação do profissional de saúde com os adolescentes e jovens deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos códigos de ética das diferentes categorias. O atendimento individual, ou seja, sem a presença dos pais, se os jovens assim o desejarem é previsto pela Privacidade. A Confidencialidade e o Sigilo garantem que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a concordância explícita dos adolescentes e jovens. No entanto, as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco de vida ou outros riscos, a exemplo de situações de abuso sexual, idéia de suicídio, informações de homicídios deverão ser informadas aos cuidadores.

O material recomenda, inicialmente, a elaboração de um diagnóstico que considere os seguintes aspectos: identificação dos adolescentes e de suas famílias; informações sobre morbimortalidade, uso de drogas, gravidez na adolescência, conhecimento e uso de contraceptivos; condições de vida; recursos comunitários; condições de atendimento nas unidades de saúde. O levantamento de informações poderá ser feito por meio do IBGE, Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde, entre outras fontes de informações.

O documento preconiza o trabalho inter e multiprofissional para o atendimento de adolescentes e jovens. Nesta perspectiva, é recomendável que o profissional adquira uma série de competências que permitam a realização das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação. A educação permanente da equipe deve ser compreendida como um mecanismo importante para o aperfeiçoamento profissional, visando o atendimento de qualidade (pg. 10) Recomenda-se, ainda, que as unidades de saúde devem criar ou adaptar ambientes onde adolescentes e jovens de ambos os sexos, se sintam mais à vontade. Além de equipamentos, instrumentos e insumos básicos planejados de acordo com o tipo de atendimento que será realizado.

Documento 7 – Marco Legal saúde, um direito de adolescentes

Em 2005, o Ministério da Saúde, através da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, lançou o Marco Legal⁶ cujo objetivo é subsidiar profissionais, gestores estaduais e municipais, órgãos e instituições que atuam na área da Saúde do Adolescente, fornecendo elementos essenciais para a tomada de decisões e elaboração de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde de adolescentes.

O Marco legal é parte das estratégias de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, basicamente direcionado para os profissionais de saúde, incluindo os

6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p.:il- (série A. Normas e Manuais Técnicos).

gestores, que atuam na área de saúde do adolescente, de modo a oferecer elementos essenciais para o processo de tomada de decisões, na elaboração de políticas públicas para o atendimento nos serviços de saúde, de modo que os direitos das (os) adolescentes sejam amplamente divulgados e discutidos em nossa sociedade.

O Marco Legal contextualiza o Estatuto da Criança e do Adolescente no âmbito da saúde articulando-o com a discussão da adolescência, vulnerabilidade e potencialidade, além de destacar as estratégias para a promoção da Saúde. O referido documento ressalta, ainda, temas importantes como: limitação legal para o exercício de direitos e atendimento da (o) adolescente, especialmente na saúde. Neste sentido, qualquer exigência como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável; sigilo profissional e o atendimento de adolescentes. O Marco Legal reforça que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita. Entretanto, as (os) adolescentes devem ser informadas (os) sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para a (o) adolescente quanto para terceiros; o posicionamento ético-profissional nos casos de comunicação obrigatória de fatos que se constituam crime, para tanto ressalta-se os artigos 13 e 245 do ECA, já mencionados anteriormente; e questões sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva. Nesta lógica, os direitos sexuais e reprodutivos se constituem direitos humanos fundamentais já reconhecidos em leis nacionais e internacionais, e nascem a partir da definição de saúde reprodutiva, buscando interagir os direitos sociais, principalmente, o direito à saúde, à educação, com direitos individuais de não interferência e de não discriminação.

Documento 8 – Lei 9.263 dispõe sobre o Planejamento familiar

A Lei 9.263 de 1996 que dispõe sobre o Planejamento Familiar regulamenta um conjunto de ações para a saúde sexual e reprodutiva. A referida lei não trata especificamente sobre a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, o que não constitui uma barreira para o acesso aos serviços de saúde, ao contrário, é direito do adolescente o atendimento integral e incondicional, decorrente dos princípios e diretrizes adotados pela Constituição Federal, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, pelo Sistema Único de Saúde e pela própria lei sobre o tema.

Documento 9 – Política Nacional de Humanização

Em 2004 é criado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização da Atenção e gestão nos Sistema único de Saúde HumanizaSUS. Nesta política humanização significa a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (pg. 9).

A PNH foi criada com o propósito de reverter a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a precária interação das equipes e o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. A PNH prevê um conjunto de parâmetros a serem adotados de acordo com a hierarquia dos atendimentos de saúde. O acolhimento com a avaliação de risco é um requisito que atravessa toda a PNH e visa garantir o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.

Os princípios norteadores da Política de Humanização são: valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); fortalecimento de trabalho em equipe

multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (pg. 15).

ANEXO 1 LISTA DOS INDICADORES

Eixo 1: Acolhimento

1. Existência de rotina de atendimento que inclua a informação sobre os riscos e procedimentos de DST/HIV e gravidez indesejada a todos/as adolescentes em situação de violência sexual. [TODAS AS UNIDADES]
2. Existência de rotina de atendimento que inclua a informação sobre o direito de interrupção da gravidez ocasionada por violência sexual. [TODAS AS UNIDADES]
3. Percentual de adolescentes vítimas de violência sexual que foram atendidos/as, independente do Boletim de Ocorrência ou laudo do Instituto Médico Legal. [TODAS AS UNIDADES]
4. Existência de rotina de atendimento que garanta o sigilo e o respeito à opção sexual dos/as adolescentes. [TODAS AS UNIDADES]
5. Existência de rotina de atendimento que inclua avaliação de riscos e vulnerabilidades (*)A avaliação deve ser feita junto às (aos) adolescentes, identificando situações de maior vulnerabilidade para novas agressões e oferta de orientação sobre condutas que evitem maiores e novos danos. [TODAS AS UNIDADES]
6. Existência de espaços para troca de experiências e suporte para lidar com o sofrimento e os limites de cada profissional. [TODAS AS UNIDADES]

Eixo 2: Protocolo e Normas Gerais de Atendimento

7. Existência de protocolo de atendimento estabelecido para o atendimento de primeira vez e seguimento de adolescentes de ambos os sexos vítimas de violência sexual. [MATERNIDADES, HOSPITAIS GERAIS E EMERGÊNCIAS]
8. Existência de protocolo de atendimento estabelecido para a(s) unidade(s) ambulatorial(is) para o seguimento de adolescentes vítimas de violência sexual de ambos os sexos. [UNIDADES AMBULATORIAIS]
9. Existência de atendimento que inclua a realização de exame físico completo, exame ginecológico e coleta de amostras para diagnóstico de infecções. [HOSPITAIS GERAIS, EMERGÊNCIAS E MATERNIDADES]
10. Existência de atendimento que inclua a família das (os) adolescentes em situação de violência sexual, visando a prevenção de outros eventos e promoção de resiliência. [TODAS AS UNIDADES]
11. Existência na unidade de listagem de endereços e telefones de serviços que compõem a rede de enfrentamento à violência sexual [TODAS AS UNIDADES]
12. Existência de um formulário para encaminhar as (os) adolescentes às unidades de seguimento. [TODAS AS UNIDADES]

Eixo 3: Estruturação e Capacitação das Equipes

13. Existência de equipe multiprofissional (médico, pediatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, farmacêutico e nutricionista) para o atendimento às (aos) adolescentes em situação de violência sexual. [UNIDADES DE REFERÊNCIA]
14. Existência de atendimento psicossocial desde a primeira consulta. [TODAS AS UNIDADES]
15. Existência de pediatra, infectologista, cirurgião, traumatologista, psiquiatra e/ou outras especialidades nos casos de maior complexidade. [UNIDADES DE REFERÊNCIA]
16. Percentual de profissionais capacitados para o atendimento de emergência e medidas protetoras (profilaxia de DST/HIV). [TODAS AS UNIDADES]
17. Percentual de médicos/as capacitados/as para realizar a interrupção da gravidez segundo a utilização das técnicas recomendadas. [MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]
18. Existência de equipe multiprofissional capacitada nos aspectos clínicos, éticos e jurídicos do abortamento legal em adolescentes. [MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]

Eixo 4: Materiais e Equipamentos

19. Disponibilidade de materiais e equipamentos em condições adequadas de uso para o atendimento de adolescentes do sexo masculino. [HOSPITAIS GERAIS, EMERGÊNCIAS E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]
20. Disponibilidade de materiais e equipamentos em condições adequadas de uso para o atendimento de adolescentes do sexo feminino. [HOSPITAIS GERAIS, MATERNIDADES E EMERGÊNCIAS]

Eixo 5: Notificação e Qualidade do Registro

21. Percentual de profissionais capacitados/as para realizar a notificação de violência sexual. [TODAS AS UNIDADES]
22. Percentual de notificações encaminhadas aos Conselhos Tutelares dos casos de violência sexual contra as (os) adolescentes atendidas (os). [TODAS AS UNIDADES]
23. Existência de prontuário ou ficha de primeiro atendimento e acompanhamento que contemple os dados sobre a violência sofrida, o exame físico, proctológico e ginecológico, os exames complementares, as condutas adotadas e os encaminhamentos realizados, a fim de evitar a repetição traumática da história. [TODAS AS UNIDADES]
24. Existência de profissionais designados/as para a sistematização e para análise dos dados das fichas/prontuários de casos de violência sexual. [TODAS AS UNIDADES]

Eixo 6: Anticoncepção de Emergência

25. Percentual de adolescentes atendidas que possuíam indicação para anticoncepção de emergência e que foram contempladas em até 72 horas decorrentes da violência sexual. [TODAS AS UNIDADES]

26. Existência de reposição periódica e em quantidade adequada da medicação para contracepção de emergência. [TODAS AS UNIDADES]

Eixo 7: Profilaxias das doenças sexualmente transmissíveis, HIV e das hepatites virais

27. Percentual de cobertura da profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis/HIV nos casos não crônicos de violência sexual contra adolescentes. [TODAS AS UNIDADES]

28. Percentual de cobertura da profilaxia de outras doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, gonorréia, clamídia, entre outras) nos casos de violência sexual contra adolescentes. [TODAS AS UNIDADES]

29. Existência de reposição periódica e em quantidade adequada da medicação para profilaxia de DST/HIV. [TODAS AS UNIDADES]

30. Percentual de cobertura da profilaxia para hepatites virais nos casos de violência sexual contra adolescentes (vacina e fluxo para imunoglobulina). [MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]

31. Existência de reposição periódica e em quantidade adequada da medicação para hepatites virais. [MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]

Eixo 8: Interrupção da gravidez

32. Existência de centro cirúrgico apropriado para interrupção da gravidez. [HOSPITAIS GERAIS MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]

33. Existência de equipamentos e material para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) ou material para dilatação e curetagem para interrupção da gravidez decorrente de violência sexual. [HOSPITAIS GERAIS MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]

34. Existência de condições de atendimento capazes de evitar situações de constrangimento ou estigma em relação às adolescentes que realizaram interrupção da gravidez decorrente de violência sexual. [HOSPITAIS GERAIS MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]

Eixo 9: Saúde Integral

35. Existência de itens na história clínica e psicossocial de rotina que incluam a investigação sobre situações de violência. [UNIDADES BÁSICAS, MATERNIDADES E UNIDADES AMBULATORIAIS]
36. Existência de atividades em grupo e/ou individuais junto as (aos) adolescentes que abordem a questão de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos. [UNIDADES BÁSICAS, MATERNIDADES E UNIDADES AMBULATORIAIS]
37. Disponibilidade de atendimento às (aos) adolescentes mesmo desacompanhadas (os) de seus responsáveis. [TODAS AS UNIDADES]
38. Existência de turnos específicos para o atendimento às (aos) adolescentes. [UNIDADES BÁSICAS]
39. Existência de parceria com a(s) escola(s) e instituições da comunidade voltadas para a prevenção da violência, exploração sexual e estigmatização das vítimas destes abusos. [UNIDADES BÁSICAS]
40. Existência de participação de adolescentes nas ações de saúde realizadas pela unidade. [UNIDADES BÁSICAS]
41. Disponibilidade de cartazes, folderes ou outros materiais informativos/educativos divulgando o atendimento direcionado às (aos) adolescentes em situação de violência sexual [TODAS AS UNIDADES]

ANEXO 2 MATRIZ FINAL DO PLANO DE AVALIAÇÃO

Eixos	Questão avaliativa	Fundamentação	Critério de julgamento - objetivo a ser cumprido	Indicadores
1. Acolhimento (6)	O acolhimento às (aos) adolescentes em situação de violência sexual em sua unidade é realizado de forma a garantir informação adequada, autonomia, sigilo, privacidade, respeito às opções sexuais e avaliação de riscos?	Norma Técnica pgs. 14, 18, 19, 41 a 44 PNH pg. 4 Saúde Integral de Adolescentes e Jovens pg. 7; Marco Legal pgs. 42 a 44	Garantia do direito à informação para as (os) adolescentes atendidas (os), inclusive sobre o direito da adolescente em proceder à interrupção da gestação em situação de violência sexual [TODAS UNIDADES]	Existência de rotina de atendimento que inclua a informação sobre os riscos e procedimentos de DST/HIV e gravidez indesejada a todas (os) adolescentes em situação de violência sexual
		Norma Técnica pgs. 14, 18, 19, 41 a 44 PNH pg. 4 Saúde Integral de Adolescentes e Jovens pg. 7; Marco Legal pgs. 42 a 44	Garantia do direito à informação para as (os) adolescentes atendidas (os), inclusive sobre o direito da adolescente em proceder à interrupção da gestação em situação de violência sexual [TODAS UNIDADES]	Existência de rotina de atendimento que inclua a informação sobre o direito de interrupção da gravidez ocasionada por violência sexual.
		Norma Técnica pg. 16	Esclarecimento da dispensa de BO ou laudo do IML para atendimento médico [TODAS UNIDADES]	Percentual de adolescentes vítimas de violência sexual que foram atendidos independente do BO ou laudo do IML
		Norma Técnica pgs. 15 e 16	Atendimento baseado no respeito à preferência/orientação sexual das (os) adolescentes [TODAS UNIDADES]	Existência de rotina de atendimento que garanta o sigilo e o respeito à orientação sexual das(os) adolescentes
		Norma Técnica pgs 20 e 21.	Atendimento que realize avaliação de riscos e orientação sobre condutas que evitem maiores e novos danos. [TODAS UNIDADES]	Existência de rotina de atendimento que inclua avaliação de riscos e vulnerabilidades (*) - (*)Avaliação deve ser feita junto às (aos) adolescentes, identificando as situações de maior vulnerabilidade para novas agressões e oferta de orientação sobre condutas que evitem maiores e novos danos.
		Norma Técnica pg. 22	Supervisão de equipe. [TODAS UNIDADES]	Existência de espaços para troca de experiências e suporte para lidar com o sofrimento e os limites de cada profissional.

<p>2. Protocolo e Normas Gerais de atendimento (6)</p>	<p>Há protocolo de atendimento estabelecido e adequado ao nível de complexidade de sua unidade?</p>	<p>Norma Técnica pg. 10</p>	<p>Protocolo de atendimento estabelecido para o(s) hospital(is)/ emergência(s) para o atendimento de primeira vez de adolescentes de ambos os sexos [MATERNIDADES HOSPITAIS GERAIS E EMERGÊNCIAS]</p>	<p>Existência de protocolo de atendimento estabelecido para o atendimento de primeira vez e seguimento de adolescentes de ambos os sexos vítimas de violência sexual.</p>
<p>3. Estruturação e Capacitação das Equipes (6)</p>	<p>Há condutas padronizadas na sua unidade de saúde para o atendimento às (aos) adolescentes que sofreram violência sexual?</p>	<p>Norma Técnica pgs. 14 e 40</p>	<p>Realização de exames no(s) hospital(is) geral(is)/ emergência(s)/ maternidade(s) para atendimento de primeira vez às (aos) adolescentes em situação de violência sexual [HOSPITAIS GERAIS, EMERGÊNCIAS E MATERNIDADES]</p>	<p>Existência de atendimento que inclua a realização de exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções</p>
		<p>Norma Técnica pg. 21</p>	<p>Atendimento à família das (os) adolescentes em situação de violência sexual [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Existência de atendimento que inclua a família das (os) adolescentes em situação de violência sexual, visando a prevenção de outros eventos e promoção de resiliência</p>
		<p>Norma Técnica pgs. 21 e 22</p>	<p>Integração da unidade à rede de atendimento [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Existência na unidade de listagem de endereços e telefones de serviços que compõem a rede de enfrentamento à violência sexual</p>
		<p>Norma Técnica pgs. 21 e 22 Saúde Integral de Adolescentes e Jovens pgs. 25 e 26</p>	<p>Referência para o encaminhamento de adolescentes em situação de violência sexual [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Existência de um formulário para encaminhar as (os) adolescentes às unidades de seguimento</p>
<p>O atendimento em sua unidade é realizado por equipe multiprofissional?</p>		<p>Norma Técnica pg. 11</p>	<p>Atendimento por equipe multiprofissional [UNIDADES DE REFERÊNCIA]</p>	<p>Existência de equipe multiprofissional (médico, pediatra, enfermeiro e técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, farmacêutico e nutricionista) para o atendimento as (aos) adolescentes em situação de violência sexual</p>
		<p>Norma Técnica pg. 11</p>	<p>Atendimento por equipe multiprofissional - Oferta de atendimento da psicologia e do serviço social [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Existência de atendimento psicossocial desde a primeira consulta</p>

<p>4. Materiais e Equipamentos (2)</p>		<p>Norma Técnica pg. 11</p>	<p>Atendimento por equipe multiprofissional em serviços de referência para atendimento de situações de violência sexual - Inclusão de outras categorias profissionais para os casos de maior complexidade [UNIDADES DE REFERÊNCIA]</p>	<p>Existência de pediatra, infectologista, cirurgião, traumatologista, psiquiatra e/ou outras especialidades nos casos de maior complexidade</p>
	<p>Sua unidade conta com equipes capacitadas para o atendimento às (aos) adolescentes em situação de violência sexual?</p>	<p>Norma Técnica pg.27 ECA art. 13</p>	<p>Profissionais capacitados em hospital(is) geral(is)/emergência(s)/ maternidade(s) para o atendimento de emergência e medidas protetoras para a profilaxia de DST/HIV [HOSPITAIS GERAIS, EMERGÊNCIAS E MATERNIDADES]</p>	<p>Percentual de profissionais capacitados para o atendimento de emergência e medidas protetoras (profilaxia de DST/HIV)</p>
	<p>Sua unidade possui equipe multiprofissional capacitada para o serviço de interrupção da gravidez em situação de violência sexual?</p>	<p>Norma Técnica pgs. 45 a 50</p>	<p>Médicos (as) capacitados (as) nas maternidades/serviços de referência para a interrupção da gravidez em situação de violência sexual de forma adequada. [MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]</p>	<p>Percentual de médicos (as) capacitados(as) para realizar a interrupção da gravidez segundo à utilização das técnicas recomendadas</p>
		<p>Norma Técnica pgs. 15 a 17 PNRMAV pg. 37 PNH pg. 24</p>	<p>Equipe multiprofissional capacitada nas maternidades/serviços de referência para a interrupção da gravidez em situação de violência sexual [MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]</p>	<p>Existência de equipe multiprofissional capacitada nos aspectos clínicos, éticos e jurídicos do abortamento legal em adolescentes</p>
	<p>Sua unidade possui materiais e equipamentos em condições adequadas de uso?</p>	<p>Norma Técnica pg. 11</p>	<p>Materiais e equipamentos para as unidades que realizam o atendimento de primeira vez e ambulatorial para adolescentes do sexo masculino. [HOSPITAIS GERAIS EMERGÊNCIAS E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]</p>	<p>Disponibilidade de materiais e equipamentos em condições adequadas de uso para o atendimento de adolescentes do sexo masculino</p>
			<p>Materiais e equipamentos para o atendimento ambulatorial de adolescentes do sexo feminino [HOSPITAIS GERAIS, MATERNIDADES E EMERGÊNCIAS]</p>	<p>Disponibilidade de materiais e equipamentos em condições adequadas de uso para o atendimento de adolescentes do sexo feminino</p>

<p>5. Notificação e qualidade do registro (4)</p>	<p>Sua unidade possui profissionais capacitados para a notificação da violência sexual contra adolescentes?</p>	<p>ECA Art. 245 PNRMAV pgs. 28 a 30 Portaria 1968/MS.</p>	<p>Profissionais capacitados para a notificação compulsória [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Percentual de profissionais capacitados (as) para realizar a notificação de violência sexual</p>
	<p>A sua unidade notifica casos de violência sexual aos Conselhos Tutelares?</p>		<p>Prática de notificação aos Conselhos Tutelares nos casos de violência sexual contra os/as adolescentes [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Percentual de notificações encaminhadas aos Conselhos Tutelares dos casos de violência sexual contra as(os) adolescentes atendidos</p>
	<p>Sua unidade possui registro padronizado do atendimento às (aos) adolescentes em situação de violência sexual?</p>		<p>Ficha de atendimento padronizada [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Existência de prontuário ou ficha de primeiro atendimento e acompanhamento que contemple os dados sobre a violência sofrida, o exame físico, proctológico e ginecológico, os exames complementares, as condutas adotadas e os encaminhamentos realizados, a fim de evitar a repetição traumática da história.</p>
	<p>Na sua unidade os registros de atendimento são sistematizados e periodicamente analisados?</p>	<p>PNETP</p>	<p>Sistematização e análise dos dados das fichas de violência sexual atendidas na unidade [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Existência de profissionais designados para a sistematização e para análise dos dados das fichas/prontuários de casos de violência sexual</p>
<p>6. Anticoncepção de emergência (2)</p>	<p>Sua unidade de saúde oferece a medicação para a ACE?</p>	<p>Norma Técnica pgs. 23 a 26</p>	<p>Oferta de contracepção de emergência em tempo hábil nos hospital(is) geral(is)/emergência(s)/maternidade(s) [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Percentual de adolescentes atendidas que possuíam indicação para ACE e que foram contempladas em até 72 horas decorrentes da violência sexual</p>
	<p>Há reposição desta medicação em quantidade e periodicidade adequada?</p>		<p>Reposição de medicação para contracepção de emergência nos hospital(is) geral(is)/emergência(s)/maternidade(s) [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Existência de reposição periódica e em quantidade adequada da medicação para contracepção de emergência</p>

7. Profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis/HIV e das hepatites virais (5)

Sua unidade oferece a medicação para a profilaxia do HIV?	Norma Técnica pgs. 34 a 39	Oferta de profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis/HIV [TODAS UNIDADES]	Cobertura da profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis/HIV nos casos não crônicos de violência sexual contra adolescentes
Sua unidade de saúde oferece a medicação para a profilaxia de outras DST's (sífilis, gonorréia e clamídia)?	Norma Técnica pgs. 27 a 30	Oferta de profilaxia para outras doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, gonorréia e clamídia) [TODAS UNIDADES]	Percentual de cobertura da profilaxia de outras doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, gonorréia e clamídia) nos casos de violência sexual contra adolescentes
Há reposição destas medicações em quantidade e periodicidade adequada?		Reposição de medicação nos hospital(is) geral(is)/emergência(s)/ maternidade(s) para profilaxia de DST/HIV [HOSPITAIS GERAIS, EMERGÊNCIAS E MATERNIDADES]	Existência de reposição periódica e em quantidade adequada da medicação para profilaxia de DST/HIV.
Sua unidade oferece a medicação para a profilaxia das hepatites virais?	Norma Técnica pgs. 31, 32 e 33	Oferta de profilaxia para as hepatites virais nos serviços de referência/maternidade para atendimento de casos de violência sexual [MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]	Percentual de cobertura da profilaxia para hepatites virais nos casos de violência sexual contra adolescentes (vacina e fluxo para imunoglobulina)
Há reposição desta medicação em quantidade e periodicidade adequada?		Reposição nos serviços de referência/maternidade de medicação para hepatites virais [MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]	Existência de reposição periódica e em quantidade adequada da medicação para hepatites virais



8. Interrupção da gravidez (3)

<p>Há condições adequadas e seguras em sua maternidade para procedimentos cirúrgicos de interrupção da gravidez em situação de violência sexual?</p>	<p>Norma Técnica pgs. 45 a 49</p>	<p>Centro cirúrgico apropriado para interrupção da gravidez nos hospitais gerais/ maternidades/serviços de referência [HOSPITAIS GERAIS MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]</p>	<p>Existência de centro cirúrgico apropriado para interrupção da gravidez</p>
		<p>Materiais, equipamentos e atendimento de gineco-obstetrícia, e material para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) ou material para dilatação e curetagem em hospitais gerais/ maternidades/serviços de referência [HOSPITAIS GERAIS MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]</p>	<p>Existência de equipamentos e material para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) ou material para dilatação e curetagem para interrupção da gravidez decorrente de violência sexual</p>
	<p>Norma Técnica pgs. 10 e 11</p>	<p>Atendimento nos hospitais gerais/ maternidades/serviços de referência capaz de evitar situações que favoreçam constrangimento ou estigma em relação aos adolescentes que realizaram o referido procedimento [HOSPITAIS GERAIS MATERNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA]</p>	<p>Existência de condições de atendimento capazes de evitar situações de constrangimento ou estigma em relação aos adolescentes que realizaram interrupção da gravidez decorrente de violência sexual</p>

9. Saúde Integral (7)

<p>Sua unidade garante às/ aos adolescentes ações de promoção da saúde e prevenção da violência?</p>	<p>Saúde Integral de adolescentes e Jovens pgs. 13 a 23 Marco legal pgs. 13; 46 a 51 Lei nº. 9.263/1996 (Planejamento Familiar) PNETP (Cap. III a Ações IV)</p>	<p>Investigação sobre situações de violência. [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Existência de itens na história clínica e na história psicossocial de rotina que incluam a investigação sobre situações de violência.</p>
		<p>Disponibilidade nas unidades básica de saúde/maternidades/unidades ambulatoriais de atividades junto às (aos) adolescentes sobre a questão de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos [MATERNIDADES, UNIDADES BÁSICAS E AMBULATORIAIS]</p>	<p>Existência de atividades em grupo e/ ou individuais junto as (aos) adolescentes que abordem a questão de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos.</p>
		<p>Disponibilidade de atendimento às (aos) adolescentes. [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Disponibilidade de atendimento às (aos) mesmo desacompanhados dos pais</p>
		<p>Disponibilidade nas unidades básicas de turnos específicos para o atendimento às (aos) adolescentes [UNIDADES BÁSICAS]</p>	<p>Existência de turnos específicos para o atendimento às (aos) adolescentes</p>
		<p>Trabalho em parceria entre unidades básicas e escolas ou outras instituições [UNIDADES BÁSICAS]</p>	<p>Existência de parceria com a(s) escola(s) e instituições da comunidade voltadas para a prevenção da violência, exploração sexual e estigmatização das vítimas destas violências</p>
	<p>Saúde Integral de Adolescentes e Jovens pg. 21</p>	<p>Realização nas unidades básicas de atividades voltadas para o protagonismo juvenil [UNIDADES BÁSICAS]</p>	<p>Existência de participação de adolescentes nas ações de saúde realizadas pela unidade</p>
<p>Sua unidade de saúde divulga o atendimento direcionado às/aos adolescentes que sofrem ou sofreram violência sexual?</p>		<p>Mecanismos de divulgação [TODAS UNIDADES]</p>	<p>Disponibilidade de cartazes, folhetos ou outros materiais informativos/educativos divulgando o atendimento direcionado às(aos) adolescentes em situação de violência sexual</p>



*Protegendo a saúde das mulheres
Promovendo os direitos reprodutivos das mulheres*

Ipas Brasil

Fone : 021- 2532-1930

Caixa Postal 6558

Rio de Janeiro - RJ

CEP 20030-020

ipas@ipas.org.br

www.ipas.org.br