



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**  
**ANNA CAROLINE DA SILVA FRANCISCO**

**O POTENCIAL TRANSFORMADOR DO ENFERMEIRO  
FORENSE NA ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE  
VIOLÊNCIA SEXUAL**

ARIQUEMES – RO

2019

**Anna Caroline da Silva Francisco**

**O POTENCIAL TRANSFORMADOR DO ENFERMEIRO  
FORENSE NA ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE  
VIOLÊNCIA SEXUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharela.

Prof<sup>ª</sup>. Orientadora Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo.

Ariquemes – RO

2019

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA**

F819p FRANCISCO, Anna Caroline da Silva.  
O potencial transformador do enfermeiro forense na atenção à mulher vítima de violência sexual. / por Anna Caroline da Silva Francisco. Ariquemes: FAEMA, 2019.  
61 p.; il.  
TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo.  
1. Agressão sexual. 2. Enfermagem forense. 3. Cuidado de enfermagem. 4. Prova pericial. 5. Assistência Integral à Saúde. I Capelo, Sandra Mara de Jesus. II. Título. III. FAEMA.

CDD:610.73

**Bibliotecária Responsável**  
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro  
CRB 1114/11

**Anna Caroline da Silva Francisco**  
<http://lattes.cnpq.br/7101710641090601>

**O POTENCIAL TRANSFORMADOR DO ENFERMEIRO  
FORENSE NA ATENÇÃO À MULHER  
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharela.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Profª. Orientadora Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo  
<http://lattes.cnpq.br/7277177050715747>  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Profª. Esp. Kátia Regina Gomes Bruno  
<http://lattes.cnpq.br/8136021782733603>  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Profª. Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos  
<http://lattes.cnpq.br/8411996232888777>  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes/RO, 30 de setembro de 2019

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus,  
por ser minha maior força nos momentos difíceis,  
e fazer coisas incríveis por mim.*

*Aos meus avós,  
Dionísio Júlio Francisco e Iraci de Freitas Francisco,  
meus grandes incentivadores.*

*Aos meus pais Suely e Isaías.*

*À minha filha, Yasmim da Silva Calixto,  
a luz da minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por ter me guiado nesse caminho, ter me fortalecido nos momentos difíceis e ter me possibilitado a conclusão desse trabalho. Sem ele, nada seria possível.

À Maria Aparecida dos Santos Silva, pelas inúmeras vezes que me incentivou, e que cuidou da nossa pequena Yasmim, para que eu pudesse realizar este trabalho.

À minha irmã Aline da Silva Francisco, pelo apoio, pelas ideias para a pesquisa, ajuda na busca e leitura dos artigos e pelas críticas construtivas.

À professora Esp. Sandra Mara de Jesus Capelo, que sempre ao longo dessa caminhada foi muito mais do que uma orientadora; aquela pessoa que me transmite confiança e admiração, a qual não possuo nem palavras para descrever. Obrigada por me incentivar nesse trabalho, obrigada por ser essa mestra incrível, e essa profissional de excelência.

À presidente da Associação Brasileira de Enfermagem Forense, Zenaide Cavalcanti de Medeiros Kernbeis, por ter atendido prontamente nossas solicitações, esclarecido nossas dúvidas e se prontificado para a construção desta pesquisa.

À professora Ms. Sônia Carvalho de Santana, pela colaboração com informações relevantes na construção do estudo.

Às professoras da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, MS. Mariana Ferreira Alves de Carvalho e Ms. Thays Dutra Chiarato Veríssimo, pelas orientações, dicas e cobranças fundamentais para a finalização dessa etapa.

Aos enfermeiros da banca avaliadora, pelos quais possuo grande admiração pessoal e respeito, Enfermeiras Esp. Kátia Regina Gomes Bruno e Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos, por se prontificarem a avaliar este trabalho.

Às minhas amigas Arline de Jesus Siqueira, Fabiana Pedroso de Oliveira Alves, Joicy dos Santos Ribeiro, Sara Taila Farias Castro e Morgana Rodrigues dos Anjos de Umgría, que levarei da graduação para a vida, pelo incentivo nos momentos difíceis.

Aos meus amigos Clécio Silva dos Santos, Oséias Gomes da Silva, Manoel Saraiva Mendes e Valdemir Miranda, pelas inúmeras caronas no trajeto Rio Crespo a Ariquemes, pela paciência com meus horários, e por torcerem muito para que essa monografia fosse concluída.

E por último, mas não menos importantes, aos meus chefes e também amigos, Evandro Epifânio de Faria, Isabel Epifânio de Faria, e Vera Lúcia de Farias, pelo incentivo e compreensão ao longo dessa caminhada.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

(Florence Nightingale, 1871)



## RESUMO

A violência está presente desde os primórdios da história da humanidade, fundada na cultura de dominação do sexo feminino. Os altos índices de violência, em especial, o abuso sexual, fizeram surgir, em 1992, a Enfermagem Forense, área de especialização da enfermagem que atua nos diversos tipos de violência. No Brasil, ainda é pouco conhecida, reconhecida pelo Conselho Federal de Enfermagem em 2011 e regulamentada em 2017. Com o objetivo de demonstrar o potencial de transformação do atendimento prestado à mulher vítima de violência sexual pela atuação do enfermeiro forense, realizou-se revisão de literatura nas bases LILACS e MEDILNE, e também legislações sobre o tema, por acreditar que o profissional deve exercer uma ponte entre a área da saúde e o sistema judiciário, e os protocolos e normas técnicas do atendimento à vítima de violência. A pesquisa mostrou que o enfermeiro forense pode qualificar o atendimento à vítima de violência sexual, prevenindo e identificando precocemente as vítimas, e qualificar enfermeiros da linha de frente do cuidado para identificar sinais de violência, lesões e comportamentos que a indicam, orientando ao acolhimento humanizado e à preservação de provas e vestígios até que a vítima seja atendida por profissional habilitado ao exame pericial, compreendendo que são pacientes forenses. Pode ainda servir como elo com os órgãos de medicina legal, promovendo a recolha e preservação oportuna de evidências forenses, para que os vestígios não se percam definitivamente. Assim, entende-se que o enfermeiro forense pode transformar o atendimento à vítima de violência sexual, bem como evitar a revitimização da pessoa em situação de violência.

**Palavras-chave:** agressão sexual; enfermagem forense; cuidado de enfermagem; prova pericial.

## ABSTRACT

Violence has been present since the dawn of human history, founded on the culture of female domination. The high rates of violence, in particular, or sexual abuse, caused by surgery, in 1992, a Forensic Nursing, an area of nursing specialization that acts in various types of violence. In Brazil, it is still little known, approved by the Federal Nursing Council in 2011 and regulated in 2017. To understand the potential for transformation of care provided to women victims of violence through forensic nurse performance, perform the literature review in LILACS and MEDILNE, and also legislations on the subject, considering that the professional should exercise a bridge between the health area and the judiciary, and the protocols and technical standards of care for victims of violence. Research has shown that forensic nurses can qualify care for victims of sexual violence by preventing and early identifying victims, and qualifying front-line nurses to care for identifying signs of violence, injuries and testing that affect, guiding and welcoming humanized and to preserve evidence and traces until a victim is assisted by an expert examination professional, understanding that they are forensic patients. It can still serve as a link with the forensic agencies, promoting the collection and preservation of the opportunity for use of forensics, for those who will not use camera items permanently. Thus, understanding that forensic nurses can transform care for victims of sexual violence, as well as avoid revictimization of people in situations of violence.

**Keywords:** sexual aggression; forensic nursing; nursing care; expert proof.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Resultados obtidos na pesquisa bibliográfica .....	19
<b>Figura 2</b> – Etapas do Atendimento à Vítima de Agressão Sexual (BRASIL, 2015)...	30
<b>Figura 3</b> - Indicações da Profilaxia Pós Exposição (BRASIL, 2018) .....	31
<b>Figura 4</b> - Status Sorológico para Indicação da PEP (BRASIL, 2018). .....	32
<b>Figura 5</b> - Competências do Enfermeiro Forense no Atendimento a Vítimas de Violência Sexual.....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEForense	Associação Brasileira de Enfermagem Forense
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enferagem
DECs	Descritores em Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IML	Instituto Médico Legal
IST	Infecção Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-americana e do caribe em Ciências de Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NT	Norma Técnica
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Profilaxia de Emergência
PEP	Protocolo Terapêutico Pós-Exposição
PNPM	Plano Nacional de Políticas para mulheres
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SINAn	Sistema de Informações e Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
V.S.	Violência Sexual

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>18</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	18
3.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS .....	18
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	19
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	20
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E LEGAIS DA VIOLÊNCIA SEXUAL.....	21
4.1.1 Aspectos Gerais e Conceito de Agressão Sexual .....	21
4.1.2 Surgimento das Discussões Sobre a Violência Sexual Contra a Mulher .....	22
4.1.3 Evolução da Legislação Brasileira e a Elaboração de Normas Técnicas .....	24
4.1.4 Cenário Do Atendimento a Vítima de Violência Sexual.....	27
4.2 NORMA TÉCNICA PARA ATENÇÃO ÀS PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL .....	28
4.2.1 Definição .....	28
4.2.2 Etapas do Atendimento à Vítima de Violência Sexual.....	29
4.3 A ESPECIALIZAÇÃO FORENSE .....	32
4.3.1 Aspectos Históricos da Enfermagem Forense .....	32
4.3.2 Especialização em Enfermagem Forense no Brasil .....	34
4.3.3 Diferenciais do Enfermeiro Forense no Atendimento à Vítima .....	36
4.3.3.1 Humanização do atendimento .....	36
4.3.3.2 Registro qualificado de informações, coleta e preservação de vestígios .....	37
4.3.3.3 Guardião da linha de cuidado da mulher vítima de violência sexual.....	39
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>43</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE A – Orientações técnicas para coleta de vestígios .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO A – Ficha de notificação compulsória de violência individual interpessoal e autoprovocada – anteverso. ....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO A – Ficha de notificação compulsória de violência individual interpessoal e autoprovocada – verso. ....</b>	<b>57</b>

## INTRODUÇÃO

A violência sexual é tão antiga quanto a própria história da humanidade, existindo registros nos tempos mais antigos e remotos. Historicamente, foi fundada na relação de dominação de gênero e na submissão feminina. Foi por tempos admitida como aceitável, e atribuída a culpa da violência à própria vítima. E mesmo após a produção de tratados internacionais e legislações brasileiras, ainda há grande dificuldade no enfrentamento da violência por vítimas em sua maioria do sexo feminino (BANDEIRA, 2014; MEJIA-RODRIGUEZ; BOLANOS-CARDOZO; MEJIA-RODRIGUEZ, 2015; GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

As estatísticas demonstram que a maior parte das vítimas são mulheres com idade entre 18 (dezoito) a 39 (trinta e nove) anos, com idade média de 22 (vinte e dois) anos (DELZIOVO, 2017; ROSA et al., 2018).

Frente à situação apontada vislumbrou-se a oportunidade para atenção diferenciada à pessoa em situação de violência sexual, e o questionamento se o enfermeiro forense pode representar melhoria na atenção prestada a essas vítimas.

Por considerar as dificuldades na procura por ajuda da pessoa em situação de violência, e a necessidade de uma atenção humanizada e qualificada, destaca-se que o enfermeiro forense possa transformar o atendimento, podendo modificar os cenários de atendimentos por intermédio do acolhimento qualificado, com registro de informações e coleta de vestígios, uma vez que tais informações deixadas de ser registradas no momento adequado podem ser perdidas definitivamente, dificultando a criminalização judicial do agressor e favorecendo assim a reincidência da violência (EARLY E GELLER, 2015; COFEN, 2017; SOARES; BRASILEIRO; DE SOUZA, 2018).

O estudo tem o objetivo de demonstrar o potencial de transformação da atenção prestada à pessoa vítima de Violência Sexual pela atuação do enfermeiro forense.

Deste modo, a pesquisa foi dividida em três tópicos. O primeiro abordou os aspectos históricos e legais da violência sexual, onde se destacou a violência sofrida por Maria da Penha em 1983, que possibilitou a promulgação no ano de 2006 da Lei intitulada “Lei Maria da Penha”. Destacou-se também a priorização da violência no

ano de 1996 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), procedida em 2002 com a promulgação do Relatório Mundial da Violência e Saúde, que define a violência, violência sexual e recomenda estratégias em vários níveis, para orientar legisladores, pesquisadores, médicos, advogados e voluntários envolvidos com a prevenção da violência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; RAMKRAPES, 2017; MINAYO et al., 2018).

Em seguida, buscou-se discriminar a Norma Técnica para Atenção às Pessoas Vítimas de Violência Sexual, onde são apontados os principais aspectos de como proceder à atenção humanizada e integral às vítimas com o registro de informações e coleta de vestígios (BRASIL, 2015).

Finalmente, especificou a atuação do enfermeiro forense para a qualificação do atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. Deu-se destaque ao seu estratégico potencial, como profissional qualificado e capacitado para determinação, coleta, preservação de provas e vestígios, realizando também o acolhimento humanizado (COFEN, 2017).

Esse estudo demonstrou as lacunas no atendimento às mulheres em situação de violência sexual, e a importância do enfermeiro forense para a modificação do atendimento, por considerar que o tempo é primordial para a qualidade do registro de informações e coleta de vestígios, e que a não atuação profissional no momento oportuno, ocasionará a perda de vestígios definitivamente, favorecendo assim a impunidade dos agressores.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Considerar o potencial de transformação do atendimento prestado à mulher vítima de violência sexual pela atuação do enfermeiro forense.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Revisar os aspectos históricos e legais da violência sexual;
- Discriminar a Norma Técnica para atenção às pessoas vítimas de violência sexual;
- Sintetizar ações do enfermeiro forense para a qualificação do atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo constitui uma revisão de literatura em caráter exploratório e analítico a respeito do potencial de melhoria no atendimento prestado a mulheres vítimas de violência sexual através da atuação do enfermeiro forense.

#### 3.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A questão norteadora elaborada para a seleção dos artigos do estudo foi se o enfermeiro forense pode, através da sua atuação, melhorar o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.

A revisão bibliográfica foi precedida pela definição dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo selecionados os termos de busca mais relevantes: agressão sexual, enfermagem forense, cuidado de enfermagem e prova pericial. Os termos foram aplicados isolados ou combinados entre si com o uso do operador booleano “and” nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), obtendo-se o resultado apresentado na Figura 01.

Após leitura do resumo dos artigos encontrados nas bases de dados, realizou-se a leitura dos artigos considerados relevantes para atingir os objetivos.

Também se revisou a literatura elaborada pelo Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Atenção à Pessoa Vítima de Violência Sexual através de pesquisa nos sites desses órgãos.

Buscou-se, ainda, a legislação relacionada ao tema, como a Lei nº 12.845 de 01 de agosto de 2013, que estabelece a obrigatoriedade do atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual, e o Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento das vítimas de violência sexual.

Os procedimentos metodológicos apoiaram-se em consulta a livros didáticos sobre Metodologia Científica obtidos na Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, tanto no acervo físico quanto digital.

Base de dados	Descritor	artigos encontrados	artigos utilizados
LILACS	Agressão Sexual	177	24
	Enfermagem Forense	02	02
	Cuidado de Enfermagem and Agressão Sexual	02	02
	Prova Pericial and Agressão Sexual	02	02
MEDLINE	Enfermagem Forense	157	05
	Agressão Sexual and Enfermagem forense	31	05
	Cuidados de Enfermagem and Agressão Sexual	20	04
	Prova Pericial and Agressão Sexual	17	02
TOTAL			46

**Figura 1** – Resultados obtidos na pesquisa bibliográfica  
 Fonte: elaboração própria.

Levantou-se, ainda, a Ficha de Notificação da Vigilância Epidemiológica (Anexo A), de domínio público.

### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de agosto de 2018 a setembro de 2019, sendo delimitados os textos publicados entre os anos de 2.009 a 2.019, buscando-se atualização e, ao mesmo tempo, maior abrangência dos materiais.

Foram considerados todos os materiais encontrados nos idiomas português, inglês e espanhol relacionados ao tema.

### 3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os artigos publicados fora do período selecionado para a pesquisa, e os que não guardavam relação com a temática estudada.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo à Resolução MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), o projeto de pesquisa foi analisado quanto à necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA) de Ariquemes-RO. Por tratar-se de revisão de literatura, sem acesso direto a qualquer sujeito de pesquisa, não houve a necessidade do encaminhamento, conforme estabelecido na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 510.

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E LEGAIS DA VIOLÊNCIA SEXUAL**

#### **4.1.1 Aspectos Gerais e Conceito de Agressão Sexual**

A Agressão Sexual é uma situação antiga com relatos datados de tempos remotos da humanidade. Originou-se na dominação de gênero com submissão do sexo feminino e relações assimétricas entre homens e mulheres, justificando o fato das principais vítimas serem mulheres, na faixa etária entre 18 (dezoito) a 39 (trinta e nove) anos, com autores desconhecidos (BANDEIRA, 2014; BRASIL, 2015; MEJIA-RODRIGUEZ; BOLANOS-CARDOZO; MEJIA-RODRIGUEZ, 2015; DELZIOVO, 2017; FANFA, 2017; MOURA, 2017). Rosa et al (2018) afirmam que a maior parte das vítimas são mulheres com média de idade de 22 (vinte e dois) anos e na maior parte dos casos não identificaram seus agressores.

No Brasil, é definida como ato criminoso conforme o Art. 213 do Código Penal, ocorrendo em ambos os sexos, sendo caracterizada pela violação do livre arbítrio da vítima, com ações de conjunção carnal ou ato libidinoso (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017).

A Legislação Federal nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), conceitua em síntese a Violência Sexual (V.S.) como o constrangimento provocado por presenciar, manter ou participar de ato sexual não consensual, ou a indução ao comércio ou utilização, limitação e anulação dos direitos sexuais (BRASIL, 2006).

A V.S. é um problema de Saúde Pública no Brasil e no Mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a conceitua como qualquer ato, tentativa, comentários, coação ou investidas com caráter sexual, que seja praticado de forma não consensual, independentemente da relação estabelecida entre a vítima e o agressor (OMS, 2002; GIFFONI, 2016).

#### 4.1.2 Surgimento das Discussões sobre a Violência Sexual contra a mulher

Imperou por longo período de tempo um pensamento cultural “machista”, levando a uma aquiescência social em relação às violências fundadas na relação de gênero, embora tal violência não seja contemporânea, sua abordagem se intensificou nos últimos 50 (cinquenta) anos (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

A VS é marcada pela abrangência no contexto de violência de gênero, portanto seus primeiros marcos de evolução para ruptura do entendimento de fato marcado com naturalidade, emerge dos movimentos feministas (BRUNO, 2016; FACCHINI E FERREIRA, 2016).

O primeiro marco do movimento feminista no Brasil, é datado de 1980 e surge com a Proclamação da República. Na ocasião ocorreu a busca pelo Sufrágio Universal (KARAWAJCZYK, 2014; BRUNO, 2016). A palavra “sufrágio” é entendida como o processo de escolha de representantes, ou seja, processo eleitoral, e podemos, portanto, compreender o Sufrágio Universal como o direito eleitoral sem qualquer limitação de censo (KARAWAJCZYK, 2014).

Em 1932 é registado a primeira conquista brasileira do movimento feminista que é o direito de participação do pleito eleitoral, com algumas exigências como o fato de ser casada com permissão do cônjuge, e as viúvas e solteiras com rendimentos, sendo esses requisitos extintos com o Código Eleitoral de 1934 (FONSECA-SILVA, 2012).

O segundo grande marco do feminismo em proporção mundial, é registado a partir de 1945, com o fim da 2ª Guerra Mundial. Houve nesse momento a emergência da discussão sobre as desigualdades de gênero, grande produção científica, e movimentos que se difundiram pela América e Europa (BRUNO, 2016).

Embora em território brasileiro já houvesse os movimentos feminista, até os anos de 1950, os crimes cometidos parceiros sexuais, eram tida culturalmente e legalmente como legítima defesa da honra (PINTO et al., 2017).

A Conferência Sobre a Mulher, promovida em 1975 no México, conduziu a pauta dos assuntos sobre violência doméstica, violência Contra Mulher e Direitos Humanos, e imputou como os vários berços mundiais negligenciavam a violência de gênero (PRA e EPPING, 2012).

Outro importante marco histórico internacional na luta das mulheres pela igualdade de gênero foi a Convenção de Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, ocorrida em 1979, resultou na formulação de um amplo documento pelo Comitê Cedaw, com a participação de 23 (vinte e três) peritas, reagentes dos Estados Partes para cumprimento de mandato. Foi homologado pelo Brasil no ano de 1984, pelo Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984, para vigorar com ressalvas que não atendiam as determinações legais brasileiras.

Somente no ano de 2002, por força do Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002, passando a ter vigência no Brasil, considerando que o Brasil retirou as referidas reservas legais em 22 de junho de 1994, passando a ter eficácia em território nacional o documento elaborado na supramencionada convenção com o propósito de diminuir as diferenças entre homens e mulheres (BRASIL, 1984; BRASIL, 2002; PRA e EPPING, 2012; BRUNO, 2016; PINTO et al., 2017).

O movimento brasileiro de repressão provocado pela Ditadura Militar, momento político vivido no período entre os anos de 1964–1985, motivou o aumento dos movimentos feministas brasileiros, principalmente na década de 1980.

Simultaneamente aos movimentos feministas brasileiros, ocorria o crime que indubitavelmente marcou a luta das brasileiras por igualdade e contra a violência perpetrada pela segregação de gênero. Em 1983, no município de Fortaleza, estado do Ceará, nordeste brasileiro, Maria da Penha foi vítima de violência praticada por seu cônjuge, com espancamentos e choques elétricos contínuos, que resultou em sua tetraplegia. Esse crime provocou comoção internacional, sobre impunidade da violência contra a Mulher no Brasil, e possibilitou a evolução ao principal marco legal da violência contra mulher no Brasil, que recebeu o nome de Lei Maria da Penha em menção ao fato ocorrido (RAMKRAPES, 2017).

A Violência foi tratada como problema de Saúde Pública, é resultado da Conferência de Cairo em 1994. Nesse mesmo ano, o Brasil foi signatário ao promover a realização da Convenção Interamericana em Belém do Pará para prevenção, punição e erradicação da violência feminina. Em Pequim, no ano de 1995 ocorreu a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, resultando na legitimação do compromisso por medidas efetivas na diminuição da segregação feminina (PINTO et al., 2017; PRA e EPPING, 2012).

Por fim, no ano de 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS), prioriza a violência de gênero, através de Assembleia Mundial promovida. Em 2002, a OMS promulgou o Relatório Mundial da Violência e Saúde, que define a violência, violência sexual e recomenda estratégias em vários níveis, para orientar legisladores, pesquisadores, médicos, advogados e voluntários envolvidos com a prevenção da violência (WHO, 1996; OMS, 2002; MINAYO et al., 2018).

#### **4.1.3 Evolução da legislação brasileira e a elaboração de normas técnicas**

O primeiro marco legal que definiu a igualdade entre homens e mulheres no Brasil, foi a Carta Magna de 1988, que trouxe consigo o princípio denominado isonomia, onde garante que homens e mulheres são iguais perante o Estado (BRASIL, 1988; PINTO et al., 2017).

A criação do Sistema Único de Saúde, pelo texto constitucional de 1988 que garante em seu Art. 196, a saúde universal como obrigação do Estado, e sua regulamentação com a Lei Federal nº 8.080/1990, aliado ao forte movimento mundial de reconhecimento da Violência como problema de Saúde Pública, possibilitou o processo de enfrentamento da violência nos sistemas de Saúde e a posterior formulação de Normas Técnicas para o atendimento às vítimas de violência de gênero, como também violência sexual (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; SOUSA, 2014; PINTO et. al 2017).

Diante do aumento da discussão do tema, no ano de 1999 surgiu a primeira Norma Técnica. Sobre a Prevenção e Tratamentos do agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Importantíssima para instruir o atendimento das vítimas nas unidades do Sistema Único de Saúde e nas Redes particulares, mencionando sobre medidas pós exposição - PEP. Tal norma foi atualizada no ano de 2005 e posteriormente em 2012 (BRASIL, 2012; FONSECA-SILVA, 2012; PINTO et. al., 2017).

O assunto violência foi instituído oficialmente na pauta da Saúde brasileira, por intermédio do Ministério da Saúde (MS), com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), política que possui como diretriz a Assistência interdisciplinar e intersetorial, promulgada em 2001,



antecedendo em um ano o Relatório Elaborado pela OMS em 2002 (BRASIL, 2000; GIOVANELLA, 2012).

Na evolução até a chegada a Legislações específicas para a violência contra a mulher, em especial a Lei Maria da Penha, no ano de 2002, a Organização dos Estados Americanos - OEA, obrigou o Brasil a pagar de forma indenizatória a Maria da Penha, após forte repercussão internacional da impunidade no judiciário brasileiro (BRUNO, 2016).

Em primeiro de janeiro de 2003, ocorreu a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, recebeu status de ministério, e objetivava à promoção de políticas públicas pela igualdade de gênero. Esta por sua vez, formulou o **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM)** (grifo do autor), marco para o alcance dos objetivos da criação da secretaria, resultado da 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, ocorrida 2004. O II PNPM, foi fruto da 2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, no ano de 2007. A 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, foi realizada no último mês do ano de 2011, e resultou no III PNPM 2013-2015 (BRASIL, 2013a).

A Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003, configura-se no cenário de evolução legislativa para os direitos das mulheres, como importante dispositivo legal. Pois torna obrigatória a notificação de qualquer forma de violência de casos atendidos a fim de se traçar um perfil epidemiológico e estatístico dos casos de violência contra a mulher, independente mente de causa. A lei estabelece em seu Art. 2 § 2, destaca as hipóteses de ocorrência de como violência física, sexual e psicológica (BRASIL, 2013b).

Destinado a atender a Lei sancionada pela Presidência da República no ano de 2003, foram estabelecidos os serviços de referência Sentinela, pelo Decreto-Lei nº DECRETO Nº 5.099, DE 3 DE JUNHO DE 2004, tornando como obrigação do Ministério da Saúde a formulação de estratégias para a criação dos serviços sentinelas e a formulação de dados epidemiológicos. Tal Ministério regulamentou pela Portaria MS/GM 2.406/2004, implementando a notificação compulsória de violência no SUS, com a ficha (Anexo I) de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; PINTO et. al, 2017).

Finalmente no ano de 2006 houve no aspecto de legislação a maior conquista da luta histórica pela igualdade de gênero, resultado da pressão internacional, ação

governamental e ONG's e parcerias com grupos no Ceará, que apoiaram Maria da Penha. Na busca pela mudança cultural da banalização da violência contra a mulher. A Promulgação da Lei Federal nº 11.340 de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, homenagem realizada a mulher agredida por seu cônjuge em Fortaleza em 1983, consolida-se como uma lei preocupada com a não violência contra as mulheres, que decorre de compromissos firmados pelo Brasil em âmbito interacional, compromissos estes dotados de grande relevância, mencionados anteriormente na construção dessa descrição histórica (BRASIL, 2006; GUIMARÃES; PEDROZA, 2015; PINTO et al, 2017).

A Lei Maria da Penha determinou a criação dos Juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, onde alterou o Código do Processo Penal e a Lei de Execução Penal atribuindo assim outras providências qual se insere a temática da violência doméstica. Firmou o direito das pessoas em condições de violência de receber o atendimento multidisciplinar, e intersetorial especializado, o **direito de passar por avaliação para coleta de provas e vestígios** (grifo nosso), proporcionando, dessa forma, uma abordagem integral, passível do direito a identificação do agressor e sanções legais cabíveis para o mesmo (BRASIL, 2006; PINTO et al., 2017; RAMKRAPES , 2017).

Em 2007 foi criado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, um compromisso dos entes federativos, a administração federal, poder judiciário e os poderes municipais e da sociedade civil, com fulcro no ato de planejar medidas intersetoriais, com a finalidade de reduzir a violência. Desse pacto surgiram o Programa “Mulher, Viver sem Violência”, fundamental para subsequente elaboração da norma técnica conjunta do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça em 2015 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015).

A Lei nº 12.845, de 1º de Agosto de 2013, determina a obrigatoriedade do atendimento as pessoas em situação de violência sexual na Rede de Atenção à Saúde - RAS, devendo ser prestado gratuitamente e por uma equipe multidisciplinar, assegurando as pessoas o direito à profilaxia Antirretroviral, as medidas de contracepção de emergencial, e as orientações que os profissionais de saúde devem prestar sobre os aspectos ético legais, ao direito de recolhimento de provas e vestígios, quando cita ao direito do exame médico legal (BRASIL, 2013c).

O Decreto nº 7958 de 13 de março de 2013, estabelece diretrizes ao atendimento de vítimas de violência sexual, e regulamenta a necessidade de

integração dos sistemas de segurança pública e saúde, para o alcance do atendimento integral e humanizado à vítima. E assegura que nos atendimentos às vítimas deve ocorrer A coleta, identificação, descrição e guarda dos vestígios (BRASIL, 2013d)

Considerando a relevância do tema e a dificuldade na articulação dos sistemas no atendimento a vítima, na busca de oferecer atendimento integral e humanizado, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça articularam-se e divulgarão no ano de 2015, a **Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência com Registro de Informações e Coleta de Vestígios** (grifo do autor), como resultado de um programa iniciado em 2013, ações do Programa Mulher Viver sem Violência (BRASIL, 2015).

#### 4.1.4 Cenário do Atendimento à Vítima de Violência Sexual

O subsídio para Políticas Públicas no enfrentamento, prevenção e planejamento estratégico a violência sexual, são as notificações compulsórias realizadas no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAn (DELZIOVO et al., 2017).

Sobre as notificações compulsórias, existe nacionalmente um grave problema de subnotificação dos agravos de todas as formas de violência, acredita-se que isso ocorra, pelo despreparo técnico científico, baixo quantitativo de normativas técnicas, falta de aparato legal aos incumbidos de realizar a notificação, equívocos na constatação da violência pelo atendimento em saúde e ruptura do sigilo profissional (ALMEIDA et al., 2012; VELOSO et al., 2013; LIMA; DESLANDES, 2014; CHEHAB et al., 2017; DELZIOVO et al., 2017).

A subnotificação é revelada ao comparar os dados do SINAn que nos anos de 2014 possuiu 20.985 casos e os dados policiais que registraram 47.646 casos de estupro, e ainda acredita-se que esses dados representem apenas uma parcela dos casos de V.S. O despreparo dos profissionais contribui para que as vítimas não procurem atendimento, além do fato, de serem por muitas vezes culpabilizadas e obterem respostas negativas das autoridades (BRASIL, 2017).

Para Bezerra et al. (2018) o atendimento às vítimas de V.S. no Brasil é fragmentado, com ambientes despreparados para o acolhimento, além do

despreparo dos profissionais para atendimento das vítimas, com modelo biomédico, como resultado de sua pesquisa afirmam que em 87,5% dos estados brasileiros há um desrespeito as Normas Técnicas. Além disso, as vítimas desconhecem os seus direitos e os profissionais não possuem o preparo para transmitir as mesmas. Esses autores concluem que há a necessidade de maior produção científica para o atendimento complexo as vítimas de Agressão Sexual.

No estudo de Garbin et al (2015) em um estudo documental conclui que, existem no Brasil muitos mecanismos para combater a violência que são inaplicados, devido ao despreparo dos profissionais de saúde e fragilidades do sistema.

Nas Unidades de Atendimento, o primeiro contato da vítima acontece com o profissional enfermeiro, assim é primordial sua capacitação e treinamento para atendimento e investigação da Violência Sexual (BAPTISTA et al., 2015).

O primeiro acolhimento é realizado pelo enfermeiro generalista, que pode realizar escuta ativa, livre de pré-julgamentos, e orientar para conservação das provas e vestígios, até que a vítima possa ser submetida ao atendimento forense. Nesse primeiro acolhimento, é essencial que o enfermeiro oriente a não realização do banho, não trocar de vestimenta, não higienizar a região afetada, seja, por via oral, vaginal ou retal, ou qualquer parte que tenha sido alvo da violência. Caso deseje trocar a roupa íntima, oferecer saco de papel para armazenamento da prova (SOBEF, 2019).

## 4.2 NORMA TÉCNICA PARA ATENÇÃO ÀS PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

### 4.2.1 Definição

As etapas de atendimento às vítimas de Violência Sexual no Brasil, são orientadas por Normas Técnicas e Protocolos Terapêuticos. As Normas Técnicas são internacionalmente reconhecidas por subsidiar as práticas a fim de obtenção de um grau de excelência (VIEIRA et al., 2016). “Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico

da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados (BRASIL, 2019a)”.

#### **4.2.2 Etapas do Atendimento à vítima de Violência Sexual**

Na busca bibliográfica por normas técnicas e protocolos terapêuticos, foram encontrados duas normas técnicas e um protocolo terapêutico (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015; BRASIL, 2018). Além dessas normas, foi localizado na busca o Decreto 7958/2013, que estabelece diretrizes no atendimento de vítimas de agressão sexual, e a integração de setores de segurança pública e saúde no atendimento (BRASIL, 2015)

O atendimento pode ser dividido em duas fases, onde a 1ª (imediate e emergencial) contemplará: tratamento e diagnóstico; amparo multiprofissional; coleta de vestígios; profilaxia antirretroviral e de profilaxia da gravidez; exame de HIV (acompanhamento e terapia); e esclarecimento quanto ao direito de registro de ocorrência e encaminhamento para os órgãos do sistema judiciário competente (delegacias da mulher e Instituto Médico Legal – IML). A 2ª fase (integral): assegurar o direito a interrupção legal da gestação nos casos de estupro (BRASIL, 2017).

A norma técnica mais recente do Ministério da Saúde – MS, data-se de 2012, sendo a 3ª (terceira edição), recebe o nome de Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012).

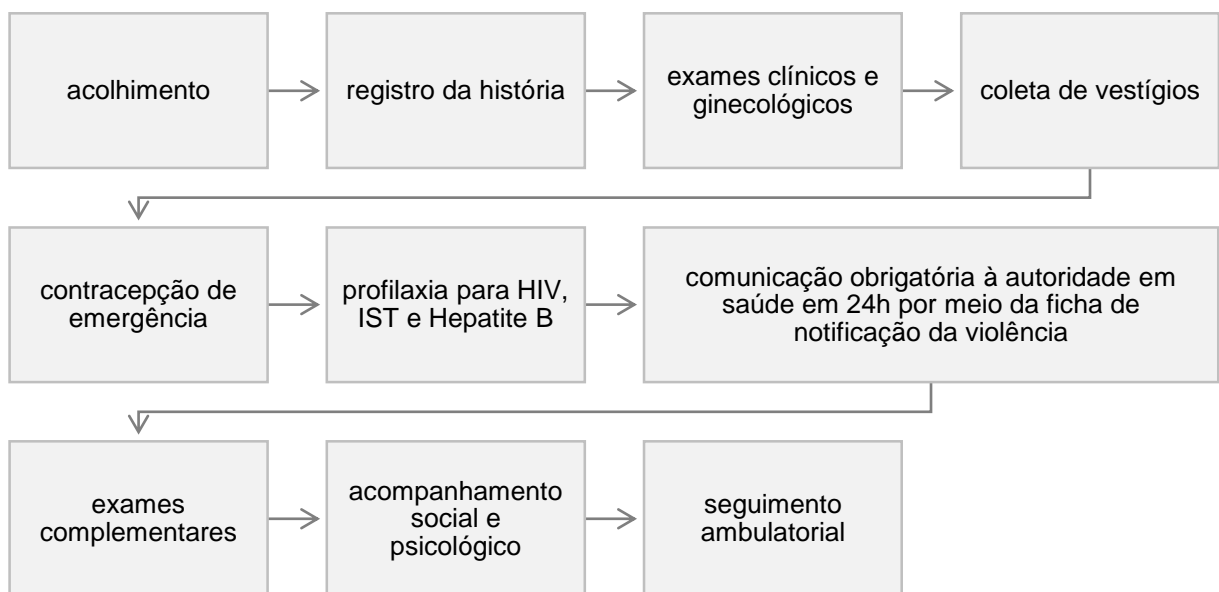
Em 2015 o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça articularam-se na busca para orientar as práticas de atendimento e uniformizar a assistência dando subsídio a atuação dos profissionais, e orientações precisas às vítimas, divulgando a Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Esse instrumento tem repercussão em âmbito nacional, e sugere fortalecer uma rede integrada de atendimento às pessoas, em especial mulheres, em situação de violência, por meio da articulação de vários serviços (BRASIL, 2015).

Considerando que o objetivo desse estudo é demonstrar o potencial do enfermeiro forense no atendimento humanizado com registro de informações e coleta de vestígios, a Norma Técnica que será adotada como referência principal

será Brasil (2015), por ser resultado de um trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, reconhecendo a necessidade de articulação intersetorial, a fim de alcançar um atendimento humanizado às vítimas de agressão sexual.

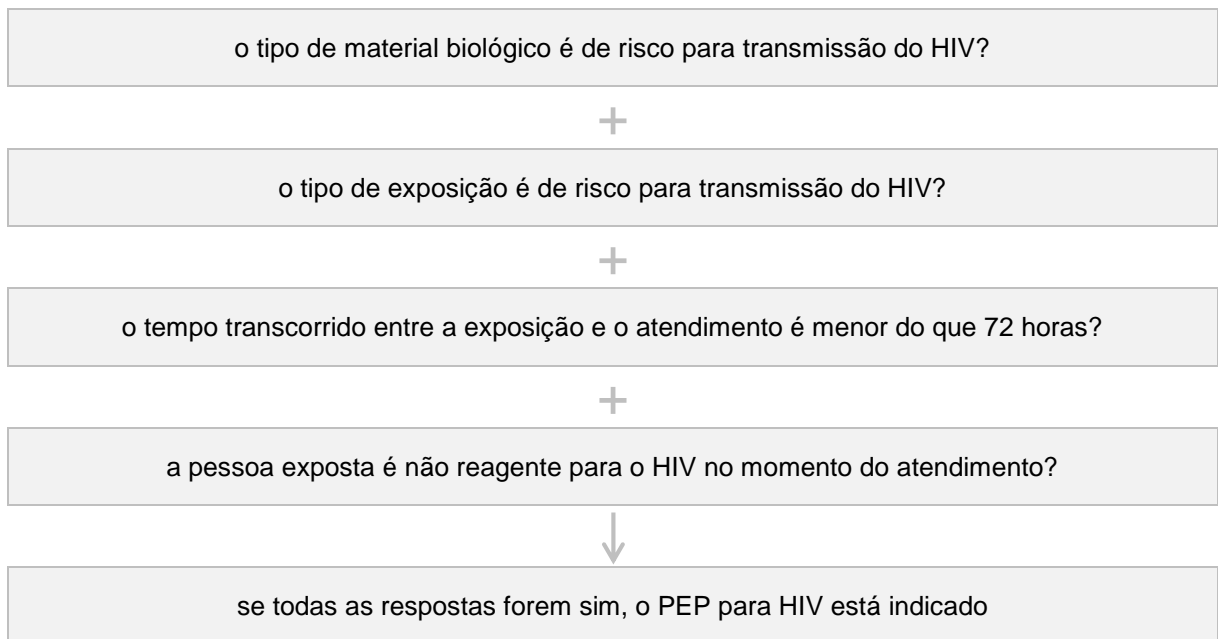
As etapas do atendimento às vítimas de agressão sexual pelos profissionais do SUS, estão previstas no Art. 04 do Decreto nº 7958/2013, decreto este que embasou a norma técnica Brasil (2015), que compreende as etapas descritas na As etapas de atendimento definidas por essa NT estão representadas na Figura 2.

O acolhimento é a primeira medida que o serviço de pronto atendimento à vítima deve oferecer. Tem como princípio primordial ser isento de julgamentos e valores morais, e deve ser oferecido em local próprio e privativo. Devem ser abordadas questões diretas sobre atividades sexuais, uso de substâncias lícitas e ilícitas e prostituição, realizando-se a avaliação da indicação da profilaxia de emergência (PE), conforme protocolo terapêutico, resumido na Figura 3 (BRASIL, 2015).



**Figura 2** – Etapas do Atendimento à Vítima de Agressão Sexual (BRASIL, 2015).  
Elaboração própria.

Destaca-se que o primeiro atendimento à vítima independe de realização de Boletim de Ocorrência (BO) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015; BRASIL, 2018).

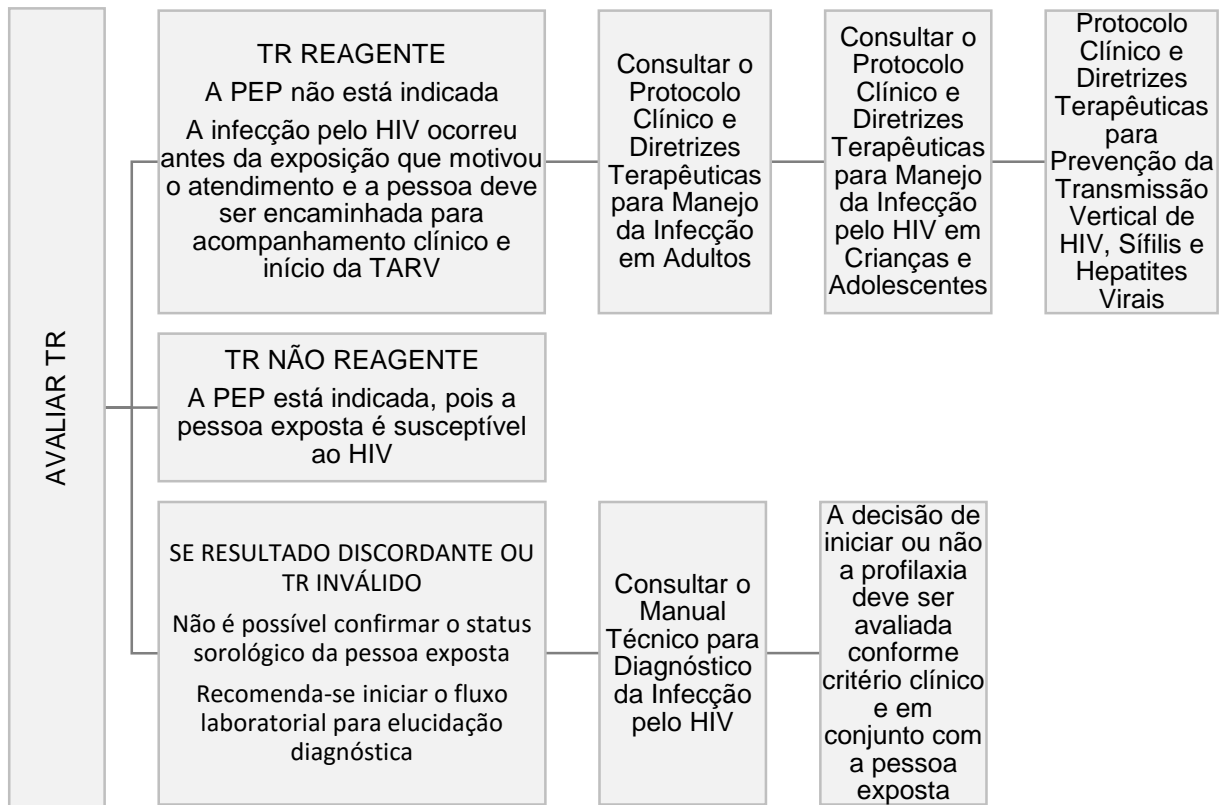


**Figura 3** - Indicações da Profilaxia Pós Exposição (BRASIL, 2018)  
 Fonte: elaboração própria.

O Protocolo Terapêutico pós-exposição de risco (PEP) à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatites Virais divulgado pelo Ministério da Saúde em 2018, traz as medidas de acolhimento e as medidas profiláticas para diminuir o risco de contrair IST nas pessoas expostas às situações risco, dentre essas situações a agressão sexual (BRASIL, 2018).

O mesmo documento respalda condutas terapêuticas para indicação ou não da PEP, que deve ser administrada em até 72 (setenta e duas) horas após à exposição, e o procedimento de adesão e acompanhamento.

Os passos para avaliação da PEP estão indicados na Figura 4.



**Figura 4 - Status Sorológico para Indicação da PEP (BRASIL, 2018).**  
 Fonte: Ministério da Saúde

Conforme o Protocolo de condutas terapêuticas, se o status sorológico da pessoa fonte é sabidamente negativo, a PEP não está indicada, a menos que a pessoa-fonte tenha tido exposição à fatores de risco nos últimos 30 dias (BRASIL, 2018).

### 4.3 A ESPECIALIZAÇÃO FORENSE

#### 4.3.1 Aspectos Históricos da Enfermagem Forense

Em 1985 a violência foi identificada nos Estados Unidos da América – EUA, como um problema de saúde e os profissionais de saúde como agentes de mudança dos efeitos de violência na comunidade (IAFN, 2019)

Até o ano de 1992 o processo de investigação de agressão sexual permaneceu praticamente inalterado, além de possuir um tempo prolongado para o atendimento "Havia pouco reconhecimento de que violência e trauma são questões



de saúde" (EARLY E GELLER, 2015). O Brasil necessita ampliar as discussões de violência como problema de saúde no campo da educação, bem como implementar nas bases curriculares o temas relacionados com ciências forenses (ESTEVEZ, 2014).

Nesse contexto, a enfermagem forense surgiu nos EUA, país onde a especialidade é mais difundida. Em 1992, 72 enfermeiras registradas - em sua maioria, enfermeiras examinadoras de agressão sexual - se juntaram para formar a Associação Internacional de Enfermeiros Forenses. Esse grupo fundador idealizou uma organização que abrangesse a profundidade e a amplitude daqueles que praticam enfermagem, onde o sistema de saúde e o sistema jurídico se cruzam (IAFN, 2019).

Enfermeiros que aplicam conceitos, estratégias e intervenções a vítimas de crimes violentos e perpetradores de atos criminosos estão dentro deste campo dinâmico de prática. Isso inclui enfermeiros em papéis tão diversos quanto investigadores de morte, especialistas correcionais de enfermagem, enfermeiros psiquiátricos forenses, consultores jurídicos de enfermagem, especialistas em geriatria forense, advogados de enfermagem, especialistas em enfermagem forense clínica, enfermeiras de ginecologia forense e aqueles que trabalham em outros ambientes como prática forense (IAFN, 2019).

A especialização em enfermagem forense permite a atuação profissional nos mais diversos tipos de violência, em desastres em massa e outros. O profissional com essa especialização além da habilidade para realização do exame pericial, possui vasto conhecimento de legislação e por isso pode atuar como testemunha em tribunais. Nos EUA local onde a especialidade é maior difundida enfermeiras forenses realizam o exame pericial em casos de violência doméstica e sexual (COFEN, 2017; ETHELTON, 2018).

A prática de enfermagem forense como especialidade teve o desenvolvimento pela pioneira dessa ciência Virginia Lynch, que trouxe o papel da prática de enfermagem forense definido pela combinação de teorias de enfermagem, percepções sociológicas e filosóficas, para refletir o fundamento da enfermagem forense nas ciências da enfermagem, jurídica, psicológica e científica (VALENTINE, 2014).

### 4.3.2 Especialização em Enfermagem Forense no Brasil

A especialidade da enfermagem forense é reconhecida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 389/2011 (COFEN, 2011).

Em 23 de agosto de 2017, o COFEN promulgou a Resolução nº 556 com o objetivo de aprovar as competências técnicas atribuídas ao enfermeiro forense. De acordo com a resolução, em seu artigo primeiro, enfermeiro forense é o bacharel em enfermagem que possui título de especialização lato ou stricto sensu em enfermagem forense (COFEN, 2017).

O enfermeiro forense tem atuação ampla, podendo atuar no acolhimento de vítimas de violência sexual, no sistema prisional, na psiquiatria, em perícia, assistência técnica e consultiva, coleta e preservação de vestígios e pós-morte, entre outras áreas de atuação. Fazem parte das atribuições do enfermeiro forense, específicas para o Abuso Sexual, as competências descritas na Figura 5 (COFEN, 2017).

A primeira incorporação de conteúdos, relacionada à detecção de lesões sugestivas de violência, educação e tratamento das vítimas e agressores, ocorreu em curso de pós-graduação em emergência, em 2006, na universidade PUC/PR (SILVA et. al, 2009).

Os enfermeiros costumam ser o primeiro contato de saúde para as pessoas afetadas pela violência. Apesar do impacto da violência nos cuidados de saúde, o conteúdo de enfermagem forense é limitado nos currículos de graduação e pós-graduação (SIMMONS, 2014).

A estratégica posição do enfermeiro de emergência possibilita a identificação precoce de possíveis vítimas, bem como a identificação de lesões. O preparo desses profissionais evita que vítimas sejam ignoradas, possibilitando a notificação de suspeitas às autoridades competentes (SILVA et al., 2009).

Em 2018, houve a realização da prova para a obtenção do grau de especialista em enfermagem forense, que ocorreu no primeiro Congresso Internacional e Interdisciplinar de Enfermagem Forense, e havia como exigência para participar da prova a comprovação de atuação há pelo menos três anos em enfermagem forense (ABEFORENSE, 2018).

Elaborar Plano de cuidado às vítimas e famílias envolvidas em situações de maus tratos, abuso sexual, traumas e outras formas de violência

Acolher às vítimas de violência sexual, traumas e outras formas de violência, estabelecer prioridades e definir estratégias de intervenção

Identificar lesões relacionadas a maus tratos, violência sexual, traumas e outras formas de violência

Promover a proteção dos direitos humanos, e das garantias legais das vítimas

Desenvolver prioridades, implantar e supervisionar os sistemas de resposta à saúde decorrentes de maus tratos, violência sexual, e outras formas de violência, em todos os contextos da prática do cuidado de enfermagem

Exercer atividades de perito judicial, em conformidade com os dispostos nos arts. 156, da Lei nº 13.105/2015 (Código do Processo Civil) e nos arts. 275 do Decreto-Lei nº 3689/1941 (Código do Processo Penal)

Determinar, preservar, e garantir a segurança do local para proceder a coleta de vestígios

Executar cuidados de enfermagem e identificar o risco à saúde, no âmbito forense, das vítimas de violência sexual

Coletar, recolher e preservar vestígios, na vítima e no perpetrador, nos diferentes contextos da prática de Enfermagem Forense, no âmbito pré – hospitalar, hospitalar, comunitário, ou em outros contextos profissionais, com observância dos limites legais aplicáveis

Realizar o acolhimento das potenciais vítimas em situação de violência

**Figura 5 - Competências do Enfermeiro Forense no Atendimento a Vítimas de Violência Sexual**

Fonte: COFEN, 2017.

O primeiro curso de especialização em enfermagem forense no Brasil, teve início em março de 2016, em Recife/PE, autorizado pela Associação Brasileira de Enfermagem Forense (ABEFORENSE), ofertado pela Faculdade Redentor Instituto de Desenvolvimento Educacional, com conteúdos programáticos de violência sexual, balística, investigação clínica da morte, entre outros temas forenses (COREN/PE, 2016)

### **4.3.3 Diferenciais do Enfermeiro Forense no Atendimento à Vítima**

#### **4.3.3.1 Humanização do atendimento**

Uma das formas de violência mais traumatizantes e violentas recebidas nas emergências é a violência sexual. Frequentemente, as vítimas que sofrem ferimentos em casos de crimes de violência sexual buscam assistência em unidades de emergência. Sendo assim, os enfermeiros de emergência receberão estas vítimas e terão a oportunidade de única de fornecer subsídios para a preservação da prova até a realização do exame pericial ou atendimento por profissional forense, compreendendo que não se trata apenas vítimas de violência, mas sim pacientes forenses (PEEL, 2016).

Há uma necessidade da humanização do atendimento aos sobreviventes vítimas de violência sexual. A revitimização é um grave problema durante os procedimentos legais. Mulheres vítima de violência sofrem julgamentos morais, procedimento de coleta de provas expositores e despreparados, o que revela a necessidade de qualificação do atendimento à vítima. Além disso, em casos de estupro, 67,4% das mulheres que engravidaram não conseguem o direito ao aborto legal. Embora existam muitas legislações a respeito do tema, é revelado que o atendimento à vítima ainda encontra-se muito aquém ao qual deveria ser ofertado (BRASIL 2017).

No estudo de Barros et al. (2015), é traduzido que o acolhimento à vítima necessita de uma escuta qualificada, ausente de julgamentos morais. É importante compreender que a vítima do crime não pode ser responsabilizada pela a agressão. É necessário a elaboração plena de cuidado integral, que somente pode ser realizado com escuta ativa, que passa por ouvir atentamente os sentimentos envolvidos na agressão, compreender os anseios da mulher vítima de forma respeitosa, oferecer serviços qualificados e preparados e assegurar os direitos legais. Nesse mesmo estudo os autores revelam que o atendimento prestado às vítimas sob a percepção delas necessita ser aprimorado.

Para a mulher sobrevivente de estupro, deve ser assegurado acompanhamento psicológico, a fim de superar os traumas vivenciados, pois a violência sexual é uma das formas de violência mais traumatizantes. O fato da vítima

estar sensível e frágil devido aos fatos vivenciados, faz com que o profissional precise ter empatia, e ser sensível às falas referenciadas. Tal profissional deve transmitir confiança à mulher de forma que ela se sinta segura a relatar a violência (BARROS et a., 2015).

#### **4.3.3.2 Registro Qualificado de Informações, Coleta e Preservação de Vestígios**

Pela análise do conteúdo de Brasil (2015), podemos compreender o registro qualificado de informações como a identificação dos achados no exame físico da vítima de agressão, sejam eles cortes, lacerações, hematomas, bem como as características em que a vítima encontra-se no momento do atendimento. Essas informações devem ser registradas no prontuário de atendimento do cliente, para servir de provas em tribunais.

Devem ser registrados local do atendimento, horário e local aproximados da situação de agressão, anamnese detalhada, descrição dos agressores, exame físico completo, descrevendo alterações ginecológicas, descrição minuciosa das lesões, descrição de vestígios, profilaxias administradas, condutas, equipe do atendimento, e a Ficha de Notificação (Anexo I), devidamente preenchida (ABEFORENSE, 2017).

Os vestígios são evidências do crime, presentes na cena do crime, no caso da agressão sexual, presentes na própria vítima, podem ser de origem biológica, química e físicas. Nos casos de violência sexual são encontradas, em maior parte, evidências biológicas que devem ser corretamente coletadas e preservadas para posterior utilização nos sistemas de justiça (BRASIL, 2015).

De acordo com o EMJ paper by Muldoon and colleagues, a coleta de evidências forenses em casos de agressão sexual deve ser feita por enfermeiros especialmente treinados, pois potencializa a eficácia do processo legal. A coleta adequada de provas forenses e o encaminhamento para aplicação da lei resultam no aumento de taxas de condenação. O enfermeiro que recebe a vítima de violência sexual deve estar envolvido na coleta de provas, pois qualquer negligência pode implicar na destruição de evidências potenciais. Quando os enfermeiros de emergência possuem treinamento na preservação de evidências básicas, a coleta pelo profissional forense se torna parte do atendimento ao paciente e não prejudica ou atrasa o tratamento (PELL, 2016).

Como os enfermeiros de emergências exercem a linha de frente ao cuidado às vítimas de violência, é imprescindível que esses profissionais sejam qualificados a prestar o atendimento adequado a essas vítimas, conhecendo os direitos que lhes são assegurados, evitando a revitimização, e promovendo a adequada preservação das provas depositadas nas vítimas, até que a mesma seja atendida por profissional especialista forense para coleta e preservação de provas e vestígios. Essa qualificação pode e deve ser realizada pelo enfermeiro forense. (SOBEF, 2019).

O enfermeiro precisa ser capaz de atuar na prevenção à violência, promover a cultura da paz, ser capaz de identificar precocemente a violência, em especial em casos não explícitos. Ainda prestar o atendimento com humanização e realizar a notificação conforme ficha do Anexo I (ABEFORENSE, 2017).

A atuação do sistema de saúde, às vítimas forenses, é complementar ao sistema de segurança pública, portanto não o substitui. Os profissionais em saúde da rede pública integram o atendimento realizando avaliação e descrição de lesões e o registro de informações e coleta de vestígios (BRASIL, 2015).

O manual de atenção humanizada à vítima de violência sexual do ano de 2015 traz como responsável pela coleta o médico do sistema de saúde, acompanhado de profissional da saúde habilitado para atendimento integral (BRASIL, 2015). Todavia, no ano de publicação desse material a especialização forense, embora reconhecida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), ainda não era regulamentada com as atribuições, o que foi alcançado no ano de 2017 com a publicação da resolução 556/2017.

Importante mencionar que pela análise das atribuições da supramencionada resolução o enfermeiro com a especialização forense possui habilidade legal para a coleta, coleta e preservação de vestígios em vítimas de violência, conforme o quadro 06 (COFEN, 2017).

Para ser admissível em tribunal, as evidências físicas coletadas, até que sejam apresentadas em juízo, devem ser claramente documentadas. São exemplos de evidências físicas (provas): fluídos corporais, cabelo, vidro, madeira, roupas, armas, balas, resíduo de tiro e dispositivos eletrônicos, entre outras (PEEL, 2016).

As lesões sofridas pela vítima, como hematoma, abrasão, laceração, incisão e ferida penetrante, devem ser documentadas antes das intervenções clínicas, pois os ferimentos apresentados podem fornecer diferentes evidências forenses. A documentação deve incluir cor, forma, localização e tamanho (em centímetros) dos

ferimentos e as descrições devem ser sucintas. Em casos de risco de vida, o enfermeiro forense pode desenhar um diagrama com medidas aproximadas (PEEL, 2016).

A evidência adequadamente coletada de um exame de agressão sexual pode ajudar na acusação do suspeito ou na libertação de um acusado injustamente. Os enfermeiros forenses tentam coletar amostras apropriadas através dos meios corretos e em quantidades suficientes para análises em todos os exames. Como um método de melhoria da qualidade, os enfermeiros forenses podem aprender a aumentar a consistência da coleta de evidências de qualidade, obtendo um retorno dos analistas que recebem e processam as amostras (CORUM E CARROLL, 2014).

#### **4.3.3.3 Guardião da Linha de Cuidado da mulher vítima de violência sexual**

Uma em cada cinco mulheres experimentará violência sexual durante a vida. Como consequência dessa violência, os sobreviventes enfrentam problemas de saúde, como depressão, ansiedade, abuso de substâncias e problemas ginecológicos (LOGIUDICE e DOUGLAS, 2016).

A agressão sexual é um agravo importante e também um problema de saúde pública que afeta mulheres de todas as idades. A maioria dos casos de agressão sexual não é inicialmente relatada à polícia, embora haja uma proporção muito significativa de mulheres afetadas por agressão sexual (VRESS, 2017).

Em um estudo no Canadá, para avaliar a satisfação dos pacientes atendidos por enfermeiros forenses, realizado com clientes de estupro, onde destes 96% eram mulheres ou meninas, sendo avaliadas questões como avaliação e documentação das lesões e acompanhamento no local de atendimento, 98% avaliaram positivamente o serviço por receberem os cuidados necessários, classificando-o como excelente. Nesse mesmo estudo, uma pequena proporção de clientes manifestou insatisfação quanto aos profissionais de emergência por demora no tempo de espera e questões de privacidade e confidencialidade, e dificuldade em acessar os serviços (DU MONT et al., 2014).

Tal achado, de Du Mont et al. (2014,) pode ser justificado pelo achado de Patterson (2014), onde afirma que os enfermeiros forenses fornecerem atendimento

integrado para atender às complexas necessidades legais, médicas e de saúde mental dos sobreviventes de estupro.

Considerando que a maioria dos sobreviventes de estupro não relatam os crimes a polícia nos EUA (VRESS, 2017), há um contraponto com as informações encontrados no Brasil, onde existe uma discrepância significativa entre o número de casos relatados às autoridades policiais por boletins de ocorrência, sendo significativamente superiores aos registro de casos no sistema de saúde (BRASIL, 2017).

A opção de relatar o estupro às autoridades legais por parte dos sobreviventes de agressão sexual é muito significativo para as vítimas, diante do trauma vivido pela agressão sexual (HEFFRON et al., 2014).

Segundo Schmitt, Cross e Alderden (2017), vários estudos sugeriram que um caso de agressão sexual é mais provável que progrida no sistema de justiça criminal quando um examinador forense realiza o exame, a coleta e preservação de provas e vestígios. Para esses mesmos autores as vantagens específicas citadas por promotores sobre o exame pericial realizado por enfermeiros forenses incluíram documentação superior, detalhamento do exame físico, melhor identificação de lesões, qualidade das relações com os pacientes, profissionalismo, habilidade na preparação, testemunho de ensaios e credibilidade junto aos jurados.

Existe uma escassez crítica de enfermeiros forenses para realização do exame de vítimas de violência sexual, aliado a um grande agrupamento de evidências nessa situação de violência. Embora enfermeiros da equipe de emergência possam exercer papel fundamental no atendimento a vítima, a inserção do enfermeiro forense oferece um diferencial, primeiro pela proficiência na realização do exame pericial, segundo pela dedicação à vítima, visto que um exame pode levar de quatro a seis horas para ser realizado. Além disso, quando a prova pericial for encaminhada a um tribunal, o enfermeiro forense por sua qualificação profissional poderá ser testemunha e as provas e vestígios por ele coletadas serão validadas (ETHERTON, 2018).

Outro fator preocupante no atendimento a vítima de Violência Sexual é o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Os departamentos de emergência são um local onde os pacientes agredidos sexualmente buscam atendimento, incluindo tratamento para prevenir o HIV. É necessário se ater ao tempo de administração da profilaxia, bem como para o acompanhamento sorológico (ETHERTON, 2018).



Uma possibilidade para garantir a linha de cuidado, por parte do enfermeiro de referência, da atenção à vítima de violência sexual, é a implementação de um modelo de simulação de atendimento e de um protocolo para os enfermeiros de emergência no atendimento a pacientes vítimas de abuso sexual, a fim de melhorar a pontualidade da administração de medicamentos pós-exposição não ocupacionais e a resolver a associação entre o tempo de permanência e o tempo de administração do medicamento (SCANNELL et al., 2018).

Estabelecer protocolos padrão baseados em legislações e em práticas centradas na vítima para evitar a revitimização do paciente é crítico. Os principais objetivos do cuidado incluem a avaliação e tratamento de lesões físicas, avaliação psicológica e apoio, avaliação da gravidez e prevenção, e terapia para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, a coleta comprobatória é um componente crítico da avaliação de agressão sexual e posterior processo judicial.

As melhores práticas incluem adoção de programas por enfermeiras examinadoras em casos de perícia em casos de agressão sexual, assim como protocolos padronizados (VREES, 2017).

Muitas enfermeiras do departamento de emergência cuidam da vítima agredida sexualmente, quando os programas examinadores da enfermeira de agressão sexual não estão disponíveis. Portanto, é importante que os enfermeiros do departamento de emergência compreendam os papéis da preservação de evidências e da equipe de resposta à agressão sexual (ADAMS; HULTON, 2016).

Quando inexistem programas de examinadoras de agressão sexual implantados, fica nítido a necessidade de incorporação, visto que um exame completo para atendimento à vítima demora de quatro a seis horas, tempo este que nenhum enfermeiro de emergência terá disponível para dedicar a uma vítima de agressão sexual. Por mais que o enfermeiro da emergência possua aptidão para o atendimento, suas competências técnicas não o permitirão fazer o registro de informações com coleta de vestígios (COFEN, 2017; ETHERTON, 2018; SOBEF, 2019).

Nas últimas duas décadas, o Brasil avançou ao chamar a atenção política e da comunidade para questões relacionadas à violência. O reconhecimento dos vínculos entre violência e saúde intensificou os apelos para acelerar o desenvolvimento de uma especialidade de enfermagem forense no Brasil, existindo uma janela de oportunidade para contribuir com os fundamentos teóricos da ciência

de enfermagem forense e promover a prática da especialidade de enfermagem nas áreas de examinadores de enfermeiros de agressão sexual (ESTEVEES., 2014).

Outra atribuição importante dos enfermeiros forenses, está na área, preventiva, como a educação dos demais profissionais da enfermagem na identificação precoce da violência e também da sociedade em geral sobre a prevenção de agressão sexual, além da possibilidade de advogar políticas que incentivem a busca de ajuda quando ocorrer uma agressão sexual (PORTA; JOHNSON; FINN, 2018).

Na análise dos achados, por considerar que os EUA, seja um país com desenvolvimento superior da enfermagem forense, e que devido ao contraponto da discrepância brasileira entre os dados policiais e do sistema de saúde, compreendemos que a proposta de um sistema estruturado de protocolos, e com o enfermeiro forense como articulador da referência em agressão sexual, possa ser a transformação necessária para a aplicação das leis brasileiras de atenção integral a vítima de V.S. (BRASIL, 2013, BRASIL, 2018b, ETHERTON, 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem forense é uma área de atuação muito recente da Enfermagem e que possui grande potencial a ser explorado. Uma das dificuldades na pesquisa foi localizar produções brasileiras sobre a qualificação da atenção à vítima de violência sexual prestada pelo enfermeiro forense, sendo que há maior desenvolvimento científico nas produções americanas, revelando-se a necessidade de pesquisas científicas a campo sobre o tema.

Embora o tema Violência Sexual seja amplamente debatido e possuir vasta legislação nacional de proteção e direitos às vítimas ainda existe grande dificuldade de aplicação da legislação, o que é demonstrando pela subnotificação de casos, aliado à resistência das pessoas em situação de violência em procurar os sistemas de saúde, visto que existem maiores notificação de casos no sistema de justiça quando comparado às notificações do sistema de saúde.

Dessa forma, o enfermeiro detentor do título de especialista forense pode qualificar o atendimento à vítima de violência sexual, prevenindo e identificando precocemente as vítimas. Ele ainda pode atuar qualificando enfermeiros que exercem a linha de frente do cuidado a identificar sinais de violência, lesões e comportamentos que indicam situação de violência, orientando ao acolhimento humanizado da vítima, à realização de escuta ativa livre de pré-julgamentos e à preservação de provas e vestígios até que a mesma receba o atendimento por profissional habilitado ao exame pericial, compreendendo que se tratam de pacientes forenses.

O enfermeiro forense, na nossa percepção, é a peça do “quebra-cabeça” capaz de preencher as lacunas no atendimento integral e humanizado a vítima de violência sexual, pois ainda pode servir como elo aos órgãos de medicina legal, promovendo a recolha e preservação no momento oportuno de evidências forenses, visto que os vestígios não recolhidos em momento oportuno são perdidos definitivamente.

Dessa forma, entende-se que o enfermeiro forense pode transformar o atendimento à vítima de violência sexual bem como contribuir para a não revitimização, ou seja, não receber tratamento acolhedor, ser exposta a julgamentos, e atribuição de culpa à mesma, e ser exposta a serviços despreparados que não lhe asseguram a preservação de vestígios.

## REFERÊNCIAS

ABEFORENSE. Associação Brasileira de Enfermagem Forense. **EDITAL**. Aracaju, 2018.

ADAMS P.; HULTON L. The Sexual Assault Nurse Examiner's Interactions Within the Sexual Assault Response Team: A Systematic Review. **Adv Emerg Nurs J.**, v. 38, n. 3, p. 213-227. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27482993>>. Acesso em: 06 set. 2019.

ALMEIDA, André Henrique do Vale de et al. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. **Arq Odontol, Belo Horizonte**, v. 48, n. 2, p. 102-115, 2012. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v48n2/a08v48n2.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

ALPERT, Elaine J. A just outcome, or 'just'an outcome? Towards trauma-informed and survivor-focused emergency responses to sexual assault. 2018.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Soc. estado.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, Ago. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Dez 2018.

BAPTISTA, Rosilene Santos et al. Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/3240/324038465010/>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

BARROS, Luciana de Amorim et al. Vivência de acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 49, n.2, p. 193-200. 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt\\_0080-6234-reeusp-49-02-0193.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0193.pdf) >. Acesso em: 06 set. 2019.

BEZERRA, Juliana da Fonseca et al. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, 2018.

BRASIL. **Decreto nº 89.460 de 20 de março de 1984**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979.

Presidência da República, 1984. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-89460-20-marco-1984-439601-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 06 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.** Presidência da República, Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Câmara. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Presidência da República, Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 07 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, Aug. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 Mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 4377 de 13 de setembro de 2002.** Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Presidência da República, 2002. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4377.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm)>. Acesso em: 06 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **LEI No 10.778, DE 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Presidência da República, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm)> Acesso em: 06 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 5.099, de 03 de Junho de 2004.** Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Presidência da República, Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5099.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5099.htm)>. Acesso em: 08 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004.** Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Brasília: MS; 2004b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406\\_05\\_11\\_2004\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html)> . Acesso em: 08 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei Maria da Penha. Lei n. 11.340/2006.** Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm)> Acesso em: 23 dez, 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 12.015, de 07 de agosto de 2009.** Presidência da República, 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm)>. Acesso em: 05 mar. 2019.

BRASIL. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.** 2010. Disponível em: <<http://www.rcdh.ufes.br/sites/default/files/Pacto%20Nacional%20pelo%20enfrentamento%20%C3%A0%20viol%C3%Aancia%20contra%20as%20mulheres.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas e Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica/Ministério da Saúde.** Brasília: MS; 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 12 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Câmara. **Lei nº 12.845, de 1º de Agosto de 2013.** Presidência da República, 2013a. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Lei-n%C2%BA-12.845-2013-Disp%C3%B5e-sobre-o-atendimento-obrigat%C3%B3rio-e-integral-de-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-viol%C3%Aancia-sexual.pdf>>. Acesso em 26 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto 7958 de 13 de março de 2013.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Presidência da República, Brasília, 2013b. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013c. 114 p. : il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR. **Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília: 1ª Ed. 43 p. 2015. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. **Inquérito Cível nº 1.34.001.004995/2016-18**. Procurador Pedro Antônio de Oliveira Machado. São Paulo, 9 de outubro de 2017. Disponível em: <[http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/ic\\_4995-2016-18\\_desp\\_sanead\\_aborto.pdf](http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/ic_4995-2016-18_desp_sanead_aborto.pdf)> Acesso em: 06. set. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT**. 2019a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): o que é, quando usar, diretrizes e competências**. 2019b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>> Acesso em: 12 mar. 2019.

BRUNO, Cecilia Roxo et al. **Lei Maria da Penha: um estudo sobre os mecanismos de proteção à mulher em situação de violência**. 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 389, de 18 de outubro de 2011**. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a Enfermeiros e lista as Especialidades. Brasília: COFEN; 2011.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 556, de 23 de agosto de 2017**. Aprovar as áreas de atuação e as competências técnicas do Enfermeiro Forense. Brasília: COFEN; 2017.

COREN/PE. Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco. **1ª Especialização em Enfermagem Forense do Brasil começa em Recife**. 2016. Disponível em: <<http://www.coren-pe.gov.br/novo/1a-especializacao-em>>

enfermagem-forense-do-brasil-comeca-em-recife\_5756.html > Acesso em: 03 set. 2019.

CORUM V.; CARROLL J. Forensic analysts' perspectives: sexual assault kits under the microscope. **J Forensic Nurs**, v. 50, n. 7, p. 50-57. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24553395>>. Acesso em: 05 set. 2019.

DELZIOVO, Carmem Regina et al . Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, e00002716, 2017 .Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2017000605011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000605011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Mar. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/ariqueemes/panorama>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

DU MONT, J. et al. Client satisfaction with nursing-led sexual assault and domestic violence services in Ontario. **J Forensic Nurs**, v. 10, n. 3, p. 122-134, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25144583>> 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25144583>>. Acesso em: 05 set. 2019.

EARLY, S; GELLER, L. Forensic nursing's game changer. Sheila Early has been a tireless advocate for this unique nursing specialty and its importance in patient care. **Can Nurse**, v. 111, n. 4, p. 26-9, 2015. Disponível em: <<https://www.cna-aic.ca/en/canadian-nurse-home/articles/issues/2015/may-2015/forensic-nursings-game-change>> Acesso em: 05 set. 2019.

ESTEVES, R.B. Toward the establishment of a forensic nursing specialty in Brazil: an integrative literature review. **J Forensic Nurs.**, v. 10, n. 4, p. 189-198, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25411810>>. Acesso em: 06. Set. 2019.

ETHERTON, H. D. Response to Delgadillo Sexual Assault Nurse Examiner. **J Emerg Nurs**, v. 44, p. 322-324, 2018. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0099176718301879>>. Acesso: 05 set. 2019.

FACCHINI, Regina; FERREIRA, Carolina Branco de Castro. Feminismos e violência de gênero no Brasil: apontamentos para o debate. **Cienc. Cult.**, São Paulo , v. 68, n. 3, p. 04-05, Sept. 2016. Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000967252016000300002&lng=en&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000967252016000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Mar. 2019.



FANFA, Valquíria Souza. **A Lei Maria da Penha e sua efetividade**. 2017. 55 p. Monografia (Curso de Bacharelado em Direito), da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, Santa Cruz do Sul/RS, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1894/1/Valqu%C3%Adria%20Souza%20Fanfa.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2018.

FONSECA-SILVA, MC. Memória, mulher e política: do governo das capitâneas à presidência da república, rompendo barreiras. In TASSO, I., and NAVARRO, P., orgs. Produção de identidades e processos de subjetivação em práticas discursivas [online]. **Eduem**, 2012. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/hzj5q/pdf/tasso-9788576285830-09.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al . Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, June 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232015000601879&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000601879&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Mar. 2019.

GIFFONI, Renata Mafrá. **O silêncio na Violência**. Dissertação (Mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOSAQAPDW/disserta\\_\\_o\\_renata\\_mafrá\\_giffoni.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOSAQAPDW/disserta__o_renata_mafrá_giffoni.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 05 mar. 2019.

GUIMARAES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: PROBLEMATIZANDO DEFINIÇÕES TEÓRICAS, FILOSÓFICAS E JURÍDICAS. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 256-266, Ago. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010271822015000200256&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822015000200256&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Dez. 2018.

HEFFRON, L. C. Original research: Giving sexual assault survivors time to decide: an exploration of the use and effects of the nonreport option. **Am J Nurs**, v. 114, n. 3, p. 26-35, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24518047>>. Acesso em: 05 set. 2019.

IANF. International Association of Forensic Nurses. **History of the Association**. Disponível em: <<https://www.forensicnurses.org/page/AboutUS> > Acesso em: 06 set. 2019.

KARAWAJCZYK, Mônica. Os primórdios do movimento sufragista no Brasil: o feminismo “pátrio” de Leolinda Figueiredo Daltro. **Estudos Ibero-Americanos**, v. 40, n. 1, 2014.

LIMA, Claudia Araújo de; DESLANDES, Suely Ferreira. Sexual violence against women in Brazil: achievements and challenges of the health sector in the 2000s. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 787-800, set. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902014000300787&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000300787&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 mar. 2019.

LOGIUDICE J. A.; DOUGLAS S. Incorporation of Sexual Violence in Nursing Curricula Using Trauma-Informed Care: A Case Study. **J Nurs Educ**, v. 55, n. 4, p. 215-219, 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27023891>>. Acesso em: 05 set. 2019.

MEJIA-RODRIGUEZ, Ulises Papillón; BOLANOS-CARDOZO, José Yamid; MEJIA-RODRIGUEZ, Alex. Delitos contra la libertad sexual. **Acta méd. peruana**, v. 32, n. 3, p. 169-172, jul. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S17285917201500030007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17285917201500030007&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 05 mar. 2019.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza et al . Institutionalizing the theme of violence within Brazil's national health system: progress and challenges. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232018000602007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000602007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 Mar. 2019.

MOURA, Thayse Pricily Oliveira. Violência contra as mulheres: trajetória à luz de uma perspectiva crítica. In: **X JIDEEP-Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional (La Plata, 2017)**. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde) / editado por Etienne G. Krug [e outros.]**. Genebra: WHO (OMS), 2002. Disponível em: <<https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

PATTERSON, D. Interdisciplinary team communication among forensic nurses and rape victim advocates. **Soc Work Health Care**, v. 53 n. 4, p. 382-397, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24717185>>. Acesso em: 05 set. 2019.

PEEL, Matthew. Opportunities to preserve forensic evidence in emergency departments. **Emergency nurse**, v. 24, n. 7, p. 20-26, 2016.

PINTO, Lucielma Salmito Soares et al. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1501-1508, May 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232017002501501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002501501&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Mar. 2019.

PORTA C. M.; JOHNSON E., FINN C. Male Help-Seeking After Sexual Assault: A Series of Case Studies Informing Sexual Assault Nurse Examiner Practice. **J Forensic Nurs.**, v. 14, n. 2, p. 189-198, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29781970>>. Acesso em: 06 set. 2019.

PRA, Jussara Reis; EPPING, Léa. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 33-51, Apr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104026X2012000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2012000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Mar. 2019.

RAMKRAPES, Carolina Melania. **Histórias do Movimento Feminista no Ceará**. Campinas, SP: [s.n], 2017. Disponível em: <[http://www.repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330794/1/Ramkrapes\\_CarolinaMelania\\_M.pdf](http://www.repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330794/1/Ramkrapes_CarolinaMelania_M.pdf)>. Acesso em: 08 mar. 2019.

ROSA, Josyandra Paula de Freitas et al. Violência sexual na região do ABC Paulista: retrato de 142 casos. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 1, 2018.

SALCEDO-CIFUENTES, Mercedes. Evaluación de la persistencia de espermatozoides humanos en la vagina. **Medicina e Laboratorio**, v. 21, n. 3-4, 2015. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884063/espermatozoides.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

SCANNELL, M. et al. The Priority of Administering HIV Postexposure Prophylaxis in Cases of Sexual Assault in an Emergency Department. **J Emerg Nurs.**, v. 44, n. 2, p. 117-122, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29198380>> Acesso em: 05 set. 2019.

SCHMITT, T; CROSS T. P. e ALDERDEN M. Qualitative Analysis of Prosecutors' Perspectives on Sexual Assault Nurse Examiners and the Criminal Justice Response to Sexual Assault. **J Forensic Nurs.**, v. 13, n. 2, p. 62-68, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28525430>>. Acesso em: 05 set. 2019.

SILVA, Karen Beatriz; SILVA, Rita de Cássia. Enfermagem forense: uma especialidade a conhecer. **Cogitare enferm.**, Curitiba , v. 14, n. 3,p. 564-568, sept. 2009. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141485362009000300023&lng=es&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141485362009000300023&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 12 ago.2019.

SIMMONS, B. Graduate forensic nursing education: how to better educate nurses to care for this patient population. **Nurse Educ**, v. 38, n. 4, p. 184-187, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24937297>> Acesso em: 05 set. 2019.

SOARES, Adriana Cunha Lima; BRASILEIRO, Marislei; DE SOUZA, Danielle Galdino. Acolhimento com classificação de risco: atuação do enfermeiro na urgência e emergência. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 8, n. 22, p. 22-33, 2018.

SOBEF. Sociedade Brasileira de Enfermagem Forense. **Cuidados na coleta de evidência de vítimas de agressão sexual**. 2019. Disponível em: <<https://sobef.com.br/cuidados-na-coleta-de-evidencia-de-vitimas-de-agressao-sexual/>> Acesso em: 23 set. 2019.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, Dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141449802014000200227&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802014000200227&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 Mar. 2019.

VALENTINE, J. L. Why we do what we do: a theoretical evaluation of the integrated practice model for forensic nursing science. **J Forensic Nurs**, v. 10, n. 3, p. 113-119, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25144581>> Acesso em: 05 set. 2019.

VELOSO, Milene Maria Xavier et al . Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, May 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em:10 Mar. 2019.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3957-3965, dez. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001203957&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203957&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mar. 2019.

VREES, R. A. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault. **Obstet Gynecol Surv**, v. 72, n. 1, p. 39-53, Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28134394>>. Acesso em 05 set. 2019.

WHO. World Health Organization. World Health Assembly: Prevention of violence: public health priority (WHA 49,25). Genève: WHO; 1996. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179463/WHA49\\_R25\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179463/WHA49_R25_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 07 mar. 2019.

## APÊNDICE A – Orientações técnicas para coleta de vestígios

Coleta de Vestígios							
<b>Finalidade</b>	Identificar o agressor, para obtenção de vestígios biológicos de qualidade a coleta deve ser realizada preferencialmente em até 72 (setenta e duas horas). A coleta deverá ser autorizada pela vítima ou familiar.						
<b>Identificação</b>	Identificar com etiquetas impermeáveis com as informações a seguir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciais do nome da vítima;</li> <li>• Data e hora da coleta;</li> <li>• Tipo da amostra;</li> <li>• Responsável pela coleta;</li> <li>• Nomes dos integrantes da equipe de saúde que tiveram contato com o material coletado.</li> </ul>						
Áreas corporais							
	Secreção vaginal	Secreção anal	Outras regiões do corpo	Subungueal	Cabelo e pelo	Vestes e objetos	Mucosa oral (Padrão genético de comparação de vestígios)
<b>Local</b>	Parede da mucosa vaginal	Canal anal, região do períneo e perianal	Face, Tórax, abdome, coxa, períneo, ou regiões com mordidas.	Sob as todas as unhas da vítima, em caso de suspeita ou relato de luta corpo a corpo	Cabelos e pelos diferentes do da vítima	Coletar sêmen ou fluídos biológicos em vestes ou objetos trazidos pela vítima	Paredes internas de cada bochecha
<b>Material</b>	Espéculo (Preferencialmente descartável); Quatro swabs esterilizados, de haste longa e flexível	Soro Fisiológico 0,9% (SF 0,9%); Quatro swabs esterilizados, de haste longa e flexível		Água destilada, e swabs esterilizados de haste longa e flexível	Pinça esterilizada		Dois swabs esterilizados de haste longa e flexível
<b>Forma de coleta</b>	Posição ginecológica Passar simultaneamente de dois em dois swabs, lado a lado.	Posição genupeitoral ou ginecológica Introduzir um ou se possível dois swabs umedecidos com SF 0,9%, por	Passar os swabs umedecidos em SF 0,9% , passados levemente na região onde vislumbrar material, caso não	Passar dois swabs esterilizados , umedecidos em água destilada e proceder a coleta passando o swab na região	Não descrito no manual		Friccionar o swab contra as paredes internas de cada bochecha em movimentos como se raspando/girando

	vez no canal, preferencialmente em movimentos rotatórios	haja vislumbração, onde houver relato de depósito do material.	subungueal de cada dedo.			nas superfícies mucosas. Recomenda-se que se friccione o mesmo swab dez vezes em cada uma das bochechas
<b>Numeração</b>	Numerar swabs pela ordem da coleta: 1º e 2º (Exames de DNA) 3º e 4º – Triagem para a detecção da presença de sêmen (PSA, Seminogelia, etc) e pesquisa de espermatozoides		Identificar mão direita (D) e esquerda (E). Em caso de utilização de mais de um swab por mão, numerar os swabs por ordem de coleta.	Não descrito no manual		Não descrito no manual
<b>Armazenamento 1º momento</b>	Pode ser mantida em swabs ou transferida para papel filtro; O 3º e 4º swabs, pode ser transferido para lâminas vítreas, e fixada com rotina estabelecida (hematoxila eosina, álcool 96,1%);			Não descrito no manual		Caso o serviço utilize papel filtro como suporte para este tipo de material, a secreção coletada deverá ser transferida imediatamente, após a coleta, para os respectivos papéis filtro.
<b>Armazenamento 2º momento</b>	<p>Secar a temperatura ambiente (25º C), protegidos de luz e fonte de contaminação biológica;  Acondicionar em porta-swabs ou em embalagens de origem, dentro de sacos de papel apropriados, lacrados, identificados;  Congelar em embalagens plásticas apropriadas às condições de temperatura e umidade. Caso não seja possível congelar de imediato, refrigerar (média 4ºC) por no máximo 48 horas, após congelar;  Swabs transferidos para o papel filtro, deverão ser lacrados, identificados, poderá armazenar em envelope de papel, em temperatura de 25º C, em condições de umidade que não afetem a conservação.  <b>Nunca acondicionar em sacos plásticos</b></p>					

## ANEXO A – Ficha de Notificação Compulsória de Violência Individual Interpessoal e Autoprovocada – Anteverso.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL						
<b>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</b>						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da notificação		
	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09			
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros					
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência		
8 Unidade de Saúde		Código (CNES)				
Notificação Individual	10 Nome do paciente					
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe			
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
Dados de Residência	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)			
	26 Geo campo 1		27 Geo campo 2			
	28 Ponto de Referência		29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)	
	<b>Dados Complementares</b>					
	Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado						
36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado			
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	
	42 Distrito		43 Bairro			
	44 Logradouro (rua, avenida,...)		45 Número			
	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						



**ANEXO A – Ficha de Notificação Compulsória de Violência Individual Interpessoal e Autoprovocada – Verso.**

<b>Violência</b>	<b>55</b> Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	<b>56</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
<b>Violência Sexual</b>	<b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
	<b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
<b>Violência Sexual</b>	<b>59</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	<b>60</b> Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
	<b>62</b> Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <b>63</b> Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	<b>65</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
<b>Dados finais</b>	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <b>68</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____		
	<b>69</b> Data de encerramento _____		
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b> 136		<b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180	<b>Disque Direitos Humanos</b> 100
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome		Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015