

Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
Departamento de Ações em Saúde do Rio Grande do Sul
Seção de Saúde da Criança e do Adolescente
Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes



REFERENCIAL TEÓRICO E LEGAL PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES

Elaboração

Maristela Costa de Oliveira

Colaboração e Organização

Ana Luiza Tonietto Lovato

Anna Elizabeth de Miranda

Anniciele Andrade Gameiro

Fulvia Elena Camporese Schuster

Rosangela Barbiani

Rosângela Machado Moreira

SUMÁRIO

Saúde de Adolescentes - Marcos Legais	5
Informe Organização Mundial da Saúde – Série de Relatórios Técnicos nº 583 - Genebra 1975	6
Lei 6.202/ 17 de abril de 1975	6
Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.	6
Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).	7
Lei sobre o Planejamento Familiar- Lei 9.263 – 12 de janeiro de 1996	7
Adolescência, contracepção e Ética – diretrizes	8
Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO	8
Marco Legal - Saúde, um direito de adolescentes (MS)	8
LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.	9
Atenção à Saúde do Adolescente. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de saúde. Belo Horizonte: SAS/MG	10
Resolução nº 1.811 de 14/12/2006 / CFM – Conselho Federal de Medicina (D.O.U 17/01/2007)	12
Saúde Integral de Adolescentes e Jovens - Orientações para a organização dos serviços de saúde (MS)	13
Alterações da lei Federal nº 12.015 de 07/08/2009 e o procedimento de justificação e autorização para o aborto em criança, adolescente e pessoa vulnerável	15
Miriam Ventura- 2009 (p.155 -158)	15
O ECA/ Lei 8.069: uma nova perspectiva para os direitos das crianças e adolescentes – Miriam Ventura - (p.271-274)	16
Limitação legal para o Exercício de Direitos - Miriam Ventura (p. 275 -277)	17
A Lei Brasileira de Planejamento Familiar e os/as adolescentes – Miriam Ventura (p. 103 104)	18

Prática Sexual e Idade – Miriam Ventura (p.277 -284)	19
Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009	20
Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas famílias em situação de violências – Orientações para gestores e profissionais de saúde - 2010 - MS	21
Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde(MS)	24
Política Estadual de Atenção Integral à saúde de Adolescentes – PEAISA - RS	25
Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde - Ministério da Saúde	25
Diretrizes para organização e Funcionamento dos CTA do Brasil(MS)	26
Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual : perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde	28
Metodologias para o cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências / Ministério da Saúde	38
Atenção ao Pré- natal de baixo risco / Ministério da Saúde	38
Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 / Ministério da Saúde/GM	40
Resolução nº 562/12 – CIB/RS	40
Protocolo para a Utilização do Levonorgestrel na Anticoncepção Hormonal de Emergência / Ministério da Saúde	41
Cuidando de Adolescentes na Rede Cegonha: orientações básicas para a saúde sexual e reprodutiva / Ministério da Saúde	41
Lei 12.845 de 1º de agosto de 2013	43
Mandado de Notificação e Recomendação – RD.00739.00107/2011 – Promotoria de justiça Especializada de Canoas - Promotor de Justiça – Rodrigo Augusto de Azambuja Mattos	44
Guia Técnico de Gravidez na Atenção Básica – série direitos sexuais e direitos reprodutivos	45
Portarias nº 485 e 618/2014 Ministério da Saúde de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) – Serviço nº 165 e suas classificações	46
Portaria 485 de 1º de Abril de 2014 - Ministério da Saúde	46

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a	51
Lei – Portarias nº 8.082, nº 1.083 e nº 1.084	51
Portaria 485 de 1º de abril de 2014 – Ministério da Saúde	54
Protocolo de Atenção à Saúde – Saúde de Adolescentes do Distrito Federal- Portaria SES – DF Nº 335 de 30/12/2013 – DODF nº 2 de 03/01/2014. Elaboração: Denise Leite O. Campos e Silvia. Renata Magalhães Lordello Borba Santos	54
Oficinas do APSUS - Formação e Qualificação do Profissional em Atenção Primária à Saúde - Oficina 8: Saúde Mental	54
Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e reprodutiva/ Ministério da Saúde	55
Instrutivo Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada / Ministério da Saúde	59
Instrutivo SES – sobre violência sexual e orientações sobre interrupção da gravidez / DAS/SES	67
Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na atenção básica / MS	68
Nota Técnica Nº 4 de 03 de abril de 2017 / Ministério da Saúde	74
Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017	77
Guia de atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual / DAS/SES	77
REFERÊNCIAS	78

Saúde de Adolescentes - Marcos Legais

Crianças e adolescentes como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, foi a grande mudança de paradigma apontada pelas Nações Unidas, através da Doutrina de Proteção Integral. Adotada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988,, estabeleceu obrigações diferenciadas para o Estado, para as famílias e para a sociedade em geral quanto aos direitos humanos desta população. Na sequência, entre os principais avanços, destaca-se a regulamentação do artigo 227 da Constituição, através da aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. Seguem-se leis, portarias, decretos e pareceres, nacionais e internacionais, que instrumentalizam os mecanismos de proteção, controle e monitoramento dos direitos adquiridos, destacados na presente compilação de marcos legais.

Este documento tem o intuito de indicar o arcabouço legal em relação à Saúde de Adolescentes e fornecer elementos essenciais aos profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais, órgãos e instituições que atuam na área, subsidiando políticas públicas em prol do aprimoramento do acesso de adolescentes às ações de saúde integral. Também espera-se que a temática dos seus direitos seja amplamente divulgada e discutida pela sociedade, de modo a aumentar sua vigilância frente às situações de iniquidade e violação.

Ano	Instrumento/Lei/ documentos oficiais	Texto
1975	Informe Organização Mundial da Saúde – Série de Relatórios Técnicos nº 583 - Genebra 1975	<p>¹As características do crescimento fisiológico durante a Adolescência tem seguido, sem dúvida, uma tendência completamente diferente. A melhoria do estado nutricional, da assistência sanitária e das condições do meio ambiente vêm contribuindo para o aumento do peso corporal, o que, em muitos países, tem antecipado a idade da menarca e o aparecimento dos caracteres sexuais secundários. Assim, tanto no plano fisiológico como no anatômico, se registra uma tendência para a maturação mais precoce. Por outra parte, o processo de desenvolvimento social tem se prolongado progressivamente, em função de diversas necessidades e expectativas sociais e econômicas. A fim acompanhar esta evolução, a adolescência tem se definido como o período durante o qual:</p> <p>a) o indivíduo progride desde o ponto de vista do surgimento dos caracteres sexuais secundários até o da maturação sexual;</p> <p>b) os processos psicológicos do indivíduo e as formas de identificação evoluem desde os de uma criança até aos de um adulto;</p> <p>c) se faz a transição entre um estado de dependência socioeconômica total a outro de relativa independência.</p> <p>Esta definição indica claramente que não é possível impor limites de idade específicos à adolescência. Este termo corresponde a uma classificação social que varia tanto em sua composição como em suas implicações. Diante disso, o período proposto pela OMS, compreendido entre os 10 e os 20 anos de idade aproximadamente, envolve muitos dos processos antes descritos e ainda admite que pode haver uma margem de variação considerável entre distintos meios culturais e, inclusive, dentro dos mesmos.</p>
1975	Lei 6.202/ 17 de abril de 1975	Estabelece que a gestante estudante tem direito de receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo, de acordo com indicação médica, esse período ser prolongado. A prestação dos exames escolares é garantida por “regime de exercícios domiciliares”, e seu aproveitamento escolar poderá ser aferido por meio de trabalhos feitos em casa.
1988	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.	A Constituição de 1988 garante a licença à gestante sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias; a licença paternidade pelo período de cinco dias, a contar do dia do nascimento do filho, e o direito ao recebimento do salário família, de acordo com o número de filhos.

¹ Tradução: Maristela Costa de Oliveira, 18/11/2016.

		Art. 227 º: é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
1990	Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).	Art 3º: a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata o ECA, assegurando-lhes por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Art. 7º a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Art. 11º é assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do SUS, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Art. 14º O SUS promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que originariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.
1996	Lei sobre o Planejamento Familiar- Lei 9.263 – 12 de janeiro de 1996	Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei. Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico. Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais.

2002	Adolescência, contracepção e Ética – diretrizes Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia FEBRASGO	<p>A SBP e a FEBRASGO identificam no Fórum “Adolescência, contracepção e ética”, de 2002, a necessidade dos profissionais estarem preparados para a abordagem da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.</p> <p>Nesse sentido, estabelecem as seguintes diretrizes: a) adolescentes têm direito à privacidade, ou seja, de serem atendidos sozinhos, em espaço privado de consulta; b) a prescrição de métodos anticoncepcionais deverá estar relacionada à solicitação dos/as adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade; c) a prescrição de métodos anticoncepcionais a adolescentes menores de 14 anos não constitui ato ilícito, desde que respeitados os critérios para tal conduta. d) O médico pode prescrever contracepção de emergência, com critérios e cuidados, por ser um recurso de exceção, as adolescentes expostas ao risco iminente de gravidez, nas situações em que: 1) não estiver usando qualquer método contraceptivo; 2) falha do método contraceptivo utilizado e, 3) violência sexual.</p> <p>A contracepção de emergência, conforme evidências científicas, não é um método abortivo. Deixar de oferecer a contracepção de emergência nas situações em que está indicada, pode ser considerada uma violação do direito da paciente, uma vez que esta deve ser informada a respeito das precauções essenciais.</p> <p>No atendimento a adolescentes o sigilo médico é um direito garantido e reconhecido pelo Código de Ética Médica.</p>
2005	Marco Legal - Saúde, um direito de adolescentes (MS)	<p>Exercício de Direitos e Atendimento de Adolescentes:</p> <p>A saúde constitui um direito humano fundamental, concebido numa perspectiva integradora e harmônica dos direitos individuais e sociais, o que exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado à saúde da pessoa. Portanto, qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável.</p> <p>Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções imprescindíveis, e, em seguida, abordar o adolescente, de forma clara, sobre a necessidade de que um responsável o assista.</p> <p>A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família, por si só, demonstra uma desarmonia que pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o direito do adolescente em acessar seu direito à saúde. Dessa forma, recomenda-se que, havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal implique em afastamento do usuário, ou dano à sua saúde, se aceite pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, aplicando-se analogicamente o princípio do art. 142 do Estatuto da Criança e do Adolescente.</p>

		<p>Diante das implicações legais que possam surgir nos casos de maior complexidade, recomenda-se que o serviço de saúde busque articulação e integração com o Conselho Tutelar da região – órgão da sociedade responsável em zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente – e com a Promotoria da Infância e Juventude de forma que possibilite a colaboração de seus integrantes na condução das questões excepcionais, em harmonia com os princípios éticos que regem esse atendimento.</p> <p>Sigilo profissional e atendimento de adolescentes</p> <p>Art. 154 Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena: detenção de três meses a um ano. Código Penal Brasileiro.</p> <p>Considerando que a revelação de determinados fatos para os responsáveis legais pode acarretar consequências danosas para saúde do jovem e a perda da confiança na relação com a equipe, o Código de Ética Médica não adotou o critério etário,, mas o do desenvolvimento intelectual, determinando expressamente o respeito à opinião da criança e do adolescente, e à manutenção do sigilo profissional, desde que o assistido tenha capacidade de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo.</p> <p>Os estados, os municípios e o Distrito Federal possuem, igualmente, competência para gerir o sistema de saúde em seu âmbito administrativo. Dessa forma, a ausência de uma norma federal, por exemplo, específica para o atendimento do adolescente nos serviços de planejamento familiar, não impede que em nível estadual e/ou municipal o mesmo seja regulado, respeitados os limites da legislação federal.</p>
2005	LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.	<p>Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.</p> <p><u>Art. 19-J.</u> Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.</p> <p><u>§ 1º</u> O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.</p> <p><u>§ 2º</u> As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.</p>

2006	Atenção à Saúde do Adolescente. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de saúde. Belo Horizonte: SAS/MG	<p>O acesso de adolescentes à Unidade de Saúde deve ser facilitado e ampliado, garantindo o atendimento de suas necessidades de saúde, incluindo uma consulta anual de rotina, a obtenção de preservativos masculinos/femininos para a prevenção das DST/Aids e exercício da sexualidade segura, de maneira gratuita e desburocratizada. É fundamental que os diversos profissionais estejam disponíveis para saber ouvir o/a adolescente, dentro da sua realidade, respeitando a diversidade de ideias, sem emitir juízos de valores que inibam sua comunicação e sua formação de vínculo.</p> <p>O desenvolvimento de um vínculo de confiança entre o/a adolescente e o/a profissional é a base para qualquer trabalho preventivo. A prevenção e a promoção da saúde extrapola a área de saúde, envolvendo a integração das ações desenvolvidas por diferentes secretarias e pela comunidade, criando uma cultura de promoção à saúde entre adolescentes e suas famílias. É fundamental a participação da família em todas as práticas direcionadas a adolescentes. Os profissionais de saúde e de educação são facilitadores dos processos de comunicação de adolescentes com seus pais.</p> <p>Consulta com a/o adolescente sozinha/o</p> <p>Muitos profissionais são a favor desta estrutura de consulta, acreditando que isto ajudaria a estabelecer, desde o início, uma relação de confiança entre o/a profissional e a/o jovem. Contudo, nesse caso, é importante informar à/ao adolescente que, em algum momento, pode ser necessária a presença dos pais, especialmente em informações de história pregressa que a/o jovem desconheça.</p> <p>Os/as adolescentes são muito sensíveis aos contatos verbais e não verbais e sentem quando são bem-vindos/as e tratados/as com respeito e confiança. No primeiro contato com o serviço, uma atitude amistosa da recepção pode ser o ponto chave na boa relação que o/a adolescente desenvolverá com o grupo profissional. A área física, com um ambiente acolhedor e próprio para adolescentes, é indispensável para que possam se sentir confortáveis, desde a sala de espera e, posteriormente, em ambulatórios ou consultórios. Os/as adolescentes gostam de ter local e horário específico para o seu atendimento e isto deveria ser uma prática entre os serviços que os/as atendem. É estratégico ter na sala de espera material de interesse de adolescentes como revistas de educação para a saúde, esportes, orientação afetivo-sexual e outras. O médico deverá dispor de tempo suficiente para a consulta. As visitas de retorno deverão ser agendadas e acertadas com o adolescente e seus familiares, mostrando assim a disponibilidade e o interesse da equipe de saúde na continuação do seu atendimento.</p> <p>Alguns profissionais da saúde experimentam certo grau de desconforto quando atendem adolescentes, em função da reputação de serem difíceis, confrontadores, contestadores e, às vezes, irreverentes. Como resultado disto, tentam controlar a situação com paternalismo exagerado ou autoritarismo, duas posturas antagônicas e igualmente condenáveis. Deve-se pensar e rever as atitudes, trabalhar suas tendências e principalmente, desvencilhar-se de preconceitos, para que se estabeleça de forma autêntica uma sadia e promissora relação com o jovem e com a família. <input type="checkbox"/> Aconselhamos que o</p>
------	--	---

		<p>profissional adote uma conduta “imparcial” na análise das questões apresentadas, não colocando o adolescente na posição de “réu” ou de “vítima”.</p> <p>É importante que se evitem interrupções desnecessárias durante a consulta, tais como pessoas abrindo a porta do consultório, telefonemas ou outras. Com relação aos adolescentes que apresentam bloqueios para a expressão oral ou são hostis, algumas sugestões podem ser dadas: explicar sobre o tipo de trabalho e atendimento a ser feito; deixá-lo falar sobre aquilo que quiser; conduzir a conversa para temas atuais e do interesse do/a adolescente; tentar, informalmente, falar sobre amigos, esportes, lazer, a fim de diminuir a tensão; tratá-lo com seriedade e respeito, sempre cuidando para não colocá-lo como criança ou paciente; quando o/a adolescente é muito tenso/a, devemos iniciar a sua avaliação com revisão dos sintomas, evitando-se ir direto ao problema crucial. Na abordagem do/a adolescente, deve-se considerar a individualidade de cada um/a, sendo, às vezes, necessário usar de estratégias apropriadas para cada caso de modo adequado.</p> <p>Recomendações do Departamento de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo</p> <ol style="list-style-type: none">1. O médico deve reconhecer o/a adolescente como indivíduo progressivamente capaz e atendê-lo/a de forma diferenciada.2. O médico deve respeitar a individualidade de cada adolescente, mantendo uma postura de acolhimento, centrada em valores de saúde e de bem-estar do/a adolescente.3. O/a adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido/a sem a presença dos pais ou dos responsáveis no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. Dessa forma, o/a adolescente tem o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento. Os pais ou os responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas, como, por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e a prescrição de métodos contraceptivos, com o exposto consentimento do/a adolescente.4. A participação da família no processo de atendimento do/a adolescente é altamente desejável. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e o/a adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento de seus problemas.5. A ausência dos pais ou dos responsáveis não deve impedir o atendimento médico do/a adolescente, seja em consulta de matrícula ou nos retornos.6. Em situações consideradas de risco (por exemplo: gravidez, abuso de substâncias, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, risco à vida ou à saúde de terceiros) e frente a realização de procedimentos de maior
--	--	---

		<p>complexidade (por exemplo, biópsias e intervenções cirúrgicas) torna-se necessária a participação e o consentimento dos pais ou dos responsáveis.</p> <p>7. Em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo médico, o/a adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude.</p> <p>VACINAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA</p> <p>Nos últimos anos, ocorreu um grande incremento no uso de imunobiológicos. Novas vacinas foram desenvolvidas com uma frequência jamais vista. Essas, como as antigas, não são utilizadas exclusivamente em crianças, havendo uma preocupação cada vez mais intensa com outras faixas etárias. Também as alterações ocorridas na epidemiologia de algumas doenças infecciosas tiveram reflexo nas indicações das vacinas. As equipes de Saúde da Família e os profissionais de Saúde das unidades básicas constituem-se em importantes aliados do Programa Nacional da Imunização na tentativa de manter crianças e adolescentes brasileiros adequadamente imunizados. A maior gravidade da varicela após os 15 anos de idade e o aumento proporcional do sarampo, têm indicado a necessidade de dedicar maior atenção aos adolescentes, para quem é sempre importante indagar sobre o passado vacinal, obtendo a documentação específica. As lacunas individuais podem derivar do não-cumprimento de datas agendadas ou da inexistência de algumas vacinas no passado. Pode-se tentar estabelecer um roteiro resumido de avaliação, porém, geralmente, as possibilidades de conduta são mais variadas do que no calendário para o primeiro ano de vida.</p>
2006	<p>Resolução nº 1.811 de 14/12/2006 / CFM – Conselho Federal de Medicina (D.O.U 17/01/2007)</p>	<p>Estabelece normas éticas para a utilização da Anticoncepção de Emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país:</p> <p>Art. 2º: cabe ao médico a responsabilidade pela prescrição da Anticoncepção de Emergência como medida de prevenção, visando interferir no impacto negativo da gravidez não planejada e suas consequências na Saúde Pública, particularmente na saúde reprodutiva; art. 4º: A anticoncepção de Emergência pode ser utilizada em todas as etapas da vida.</p>

2007	Saúde Integral de Adolescentes e Jovens - Orientações para a organização dos serviços de saúde (MS)	<p>Atendimento a adolescentes e jovens</p> <p>Princípios fundamentais na atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ética – a relação profissional de saúde com os adolescentes e jovens deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos códigos de ética das diferentes categorias. <p>Privacidade – adolescentes e jovens podem ser atendidos sozinhos, caso desejem.</p> <p>Confidencialidade e sigilo – adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita. No entanto, eles devem ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o cliente quanto para terceiros, a exemplo de situações como abuso sexual, idéia de suicídio, informação de homicídios e outros.</p> <p>Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos: todos os adolescentes e jovens deverão receber esclarecimentos a respeito de seu crescimento físico e desenvolvimento psicossocial e sexual. Deve ser enfatizada a importância de se tornarem ativamente participantes nas decisões pertinentes aos cuidados de sua saúde, contribuindo para sua autonomia.</p> <p>Equipe de trabalho e educação permanente</p> <p>A busca do trabalho inter e multiprofissional deve ser uma constante, mas sua impossibilidade não pode ser um impedimento. Um único profissional interessado pode iniciar atividades específicas com esse grupo etário e, gradativamente, sensibilizar outros profissionais e setores da unidade para o trabalho em equipe. Todas as categorias profissionais podem se qualificar para o atendimento de adolescentes e jovens. A diversidade contribui para ampliar as possibilidades de atuação e resolução de problemas. Os profissionais das diversas áreas devem interagir por meio de um enfoque transdisciplinar. As decisões devem ser compartilhadas em discussões conjuntas, resultando em uma intervenção mais eficaz. Sempre que necessário, recomenda-se a interconsulta ou a referência para outros profissionais/serviços.</p> <p>Vários códigos de ética profissionais e o próprio código penal seguem o mesmo entendimento e, expressamente, determinam o sigilo profissional independente da idade do cliente, prevendo sua quebra apenas nos casos de risco de vida ou outros riscos relevantes para o próprio ou para terceiros, como por exemplo: a recusa do paciente em informar para parceiro sexual que é portador do vírus HIV e com quem mantenha relação sem o uso de preservativo; distúrbios psíquicos do paciente que o façam rejeitar tratamento, ou risco de suicídio ou homicídio.</p>
------	--	--

	<p>Recomenda-se:</p> <p>a) que a equipe médica busque sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação legal de proteção e orientação de seus filhos ou tutelados;</p> <p>b) que a quebra do sigilo, sempre que possível, seja decidida pela equipe de saúde junto com o/a adolescente e fundamentada no benefício real para pessoa assistida, e não como uma forma de “livrar-se do problema”;</p> <p>c) no caso de se verificar que a comunicação a/ao adolescente causar-lhe-á maior dano, a quebra do sigilo deve ser decidida somente pela equipe de saúde com as cautelas éticas e legais já mencionadas.</p> <p>Saúde sexual e reprodutiva</p> <p>Os direitos sexuais e reprodutivos constituem direitos humanos fundamentais , já reconhecidos nas leis nacionais e internacionais, e nascem a partir da definição de saúde reprodutiva. Busca a interação dos direitos à saúde , à educação e à informação, com os direitos individuais de não interferência e de não discriminação. Adolescentes têm direito de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • decidir livre e responsabilmente sobre a própria vida sexual e reprodutiva; • ter acesso à informação; • ter acesso aos meios para o exercício dos direitos individuais, livre de discriminação, coerção ou violência. <p>O Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) introduziu o conceito de direitos reprodutivos na normativa internacional e inseriu os adolescentes como sujeitos que deverão ser contemplados pelas normas, programas e políticas públicas.</p> <p>Em 1999, a ONU revisou e avaliou a implementação do programa (Cairo + 5), avançando nos direitos dos jovens. O direito dos pais em todas as referências aos adolescentes deixou de ser incluído, garantindo o direito dos adolescentes à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual no currículo escolar, à informação e assistência à saúde reprodutiva.</p> <p>Nesse sentido, a recomendação do Comitê afirma que garantir direitos ao adolescente (menores de 18 anos), nos serviços de saúde, independente da anuência de seus responsáveis, vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde. Destaca o direito à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente e ao seu acesso aos serviços, independente da anuência ou presença dos pais e responsáveis, para o enfrentamento das suas questões, inclusive sexual e reprodutiva; e o direito do adolescente não ser discriminado em razão de alguma deficiência física, mental, sorológica (HIV/aids) ou por questões de sexo, orientação sexual e estilo de vida.</p> <p>Normativas nacionais que tratam sobre saúde sexual e reprodutiva:</p>
--	--

		<p>A Lei n.º 6.202/1979 estabelece que a gestante estudante tem direito a receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo, de acordo com indicação médica, esse período ser prolongado. A prestação dos exames escolares é garantida por “regime de exercícios domiciliares” e seu aproveitamento escolar poderá ser aferido por meio de trabalhos feitos em casa.</p> <p>A Constituição Federal Brasileira garante a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias; a licença paternidade pelo período de cinco dias, a contar do dia do nascimento do filho; o direito ao recebimento do salário família, de acordo com o número de filhos.</p> <p>A Lei n.º 9.263/1996 (planejamento familiar) regula um conjunto de ações para a saúde sexual e saúde reprodutiva. Não trata a lei expressamente sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes, o que não constitui uma barreira para o acesso aos serviços de saúde; ao contrário, é direito do adolescente o atendimento integral e incondicional, decorrente dos princípios e diretrizes adotados pela Constituição Federal, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, pelo Sistema Único de Saúde e pela própria lei sobre o tema.</p>
2009	<p>Alterações da lei Federal nº 12.015 de 07/08/2009 e o procedimento de justificação e autorização para o aborto em criança, adolescente e pessoa vulnerável Miriam Ventura-2009 (p.155 -158)</p>	<p>A Norma Técnica e a Portaria do MS M nº 1.508 de 01/09/2005 , fundamenta-se no art. 225 do Código Penal Brasileiro, que estabelecia que a ação criminal relacionada aos crimes sexuais só seria processado mediante queixa. A exceção legal que obrigava a denúncia à instância criminal é se o crime fosse cometido com abuso do pátrio poder, ou por padrasto, tutor ou curador. A redação anterior deste dispositivo garantia a mulher e as meninas, assistidas por seu representante legal, a liberdade de apresentarem queixa, iniciar ou não a ação criminal, preservando, desta forma, a autonomia pessoal das vítimas. A partir deste fundamento legal as normas administrativas referidas dispensam o boletim de ocorrência como documento obrigatório para a realização da interrupção da gravidez nessa circunstância. A nova redação do art. 225 do Código Penal estabelece que, no caso de pessoa maior de 18 (dezoito) anos, a ação penal pública é condicionada a depender de autorização da vítima para estado promover a ação penal. A instituição responsável pela promoção da ação penal é o Ministério Público. Nesse sentido, a alteração não modificou substancialmente a norma Técnica e a Portaria MS/M nº 1.508, de 01/09/2005, pois a mulher continua autônoma para proceder a representação e o processamento da ação será de responsabilidade do Ministério.</p> <p>Mas em relação às vítimas menores de 18 (dezoito) anos ou pessoa vulnerável ,a ação penal passou a ser pública incondicionada. Isto significa que a persecução criminal é obrigatória e o responsável pelo seu processamento é o Ministério Público. A principal repercussão prática da alteração é que com o conhecimento do fato a instância policial e o Ministério Público devem proceder à investigação e instauração da ação penal, ou seja não foi garantida a liberdade de escolha das meninas e das pessoas vulneráveis e de seus representantes legais em relação aos procedimentos criminais.</p> <p>A lei estabelece que o interesse privado da ofendida deva sobrepor-se ao interesse público na representação do ato</p>

		<p>criminoso.</p> <p>A alteração da lei criminal no que se refere às menores de 18 anos e às pessoas vulneráveis, claramente optou pela prevalência do interesse da sociedade na repressão dos crimes sexuais em relação a estas. Uma hipótese possível é que o legislador tenha considerado a relevância social desses crimes em razão dos dados estatísticos que apontam um maior percentual de violência sexual contra meninas, cujo agressor é pessoa conhecida ou familiar e optado por uma mudança que pudesse ser mais efetiva na perspectiva da segurança.</p> <p>Desse modo, o procedimento que se apresenta mais adequado, a partir de marcos ético e jurídico atuais, para os casos de atendimento a pessoas vulneráveis e menores de 18 anos, é o de não condicionar a assistência à saúde ao procedimento criminal, pois o objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde e seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à justiça.</p> <p>A alternativa prática é não exigir o boletim de ocorrência, ou melhor, não condicionar o atendimento à apresentação do documento. O importante é que não se limite o atendimento em razão desta exigência, que a vítima e sua família se sintam acolhidas e apoiadas a apresentarem denúncia criminal; que o serviço de saúde comunique o fato com o conhecimento prévio da vítima e, sempre que possível, com seu consentimento.</p>
2009	<p>O ECA/ Lei 8.069: uma nova perspectiva para os direitos das crianças e adolescentes – Miriam Ventura - (p.271-274)</p>	<p>O ECA dá cumprimento aos compromissos internacionais assumidos na Convenção Internacional dos Direitos da Criança das Nações Unidas e regulamenta o art. 227 da Constituição Federal de 1988. O Estatuto reconhece que crianças e adolescentes são sujeitos individuais e sociais próprios, independentemente dos direitos dos seus pais ou responsáveis, e que não é possível estabelecer limitações em razão desta condição. Prevê expressamente que a condição de pessoa em desenvolvimento não retira da criança e do adolescente o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, autonomia, valores e ideias, o direito de opinião e expressão, e de buscar auxílio e orientação.</p> <p>Assim é possível afirmar-se, como fez o Plano de Ação do Cairo (cap. 1 e 2), que também os/as adolescentes são sujeitos dos direitos reprodutivos, embora o ECA não o mencione de forma específica. No plano individual, o ECA reconhece a privacidade, a preservação dos sigilo e o consentimento informado como direitos fundamentais da criança e dos adolescentes. No plano social, o ECA estabelece a prioridade do atendimento médico do adolescente (art. 11), o direito à autonomia (art. 17) e sua absoluta proteção à vida e à saúde de forma que permita seu desenvolvimento sadio e harmonioso. Em nenhum momento a Lei brasileira condiciona o acesso aos serviços ou a outros direitos à anuência dos pais ou responsáveis. Também garante que toda criança e adolescente que tiver condições de se expressar seja ouvida, e que sua opinião seja considerada, na perspectiva de seu melhor interesse, no momento de se decidir sobre quaisquer assuntos de sua vida. Portanto, devemos entender que os direitos de adolescentes à atenção à saúde sexual e reprodutiva consiste em direitos personalíssimos garantidos pelo Eca e podem ser exercidos independentemente da</p>

		<p>autorização da família ou responsável. A limitação legal para o exercício próprio e independente da anuência de seus pais e responsáveis não deve ser entendido como limitação para se usufruir de qualquer direito garantido.</p>
2009	<p>Limitação legal para o Exercício de Direitos - Miriam Ventura (p. 275 -277)</p>	<p>Todas as legislações, seguindo a recomendação internacional, fixam faixas etárias ou condições para o seu exercício, considerando a idade, a saúde ou desenvolvimento intelectual de determinadas pessoas, com o fim de protegê-las.</p> <p>No direito brasileiro, foram fixados diversos limites etários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Código Civil determina que adolescentes com menos de 16 anos não podem exercer pessoalmente os atos da vida civil (contratar, casar, firmar obrigações..). Esses direitos deverão ser exercidos por intermédio de seus pais ou responsáveis. Os maiores de 16 anos e menores de 18 anos podem exercê-los com a assistência de seus responsáveis legais ou com autorização judicial, no caso de divergência ou ausência dos pais ou responsáveis legais; - O casamento torna a pessoa capaz para todos os atos da vida civil. A lei fixa a idade mínima para o matrimônio, suprível no caso de gravidez; - Na lei criminal brasileira, pessoas menores de 18 anos de idade são inimputáveis e os jovens entre 18 e 21 anos têm sua pena reduzida. Adolescentes infratores (12 a 18 anos) submetem-se às medidas coercitivas e socioeducativas previstas no ECA; - O ECA reiterou as faixas etárias para o exercício de direito na órbita civil e processual, mas determinou o consentimento expresso do adolescente no processo de adoção e obrigatoriedade de que seja ouvido e colhido seu consentimento em todo o processo judicial ou administrativo que o afete, ressalvando seu direito a curador especial quando seus interesses colidirem com o de seus pais ou responsáveis; - No direito eleitoral, o/a jovem de 16 anos pode votar, mas só pode concorrer a cargo eletivo aos 18 anos; - No âmbito do direito do trabalho, as leis brasileiras proíbem o trabalho noturno, perigoso ou insalubre a pessoa menor de 18 anos e de qualquer trabalho a menor de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos. <p>A existência de diversas limitações etárias para adolescentes exercerem seus direitos causa perplexidade e algumas dificuldades na formulação e implementação de políticas públicas, notadamente as relativas aos direitos sexuais e reprodutivos.</p> <p>É importante entender que a idade e as condições estabelecidas na vida civil para contrair obrigações e reivindicar direitos próprios, a denominada capacidade legal não tem o propósito de limitar o exercício dos direitos. A definição de pessoas legalmente incapazes é um mecanismo de proteção de pessoas que possuam limitações em razão do próprio desenvolvimento psicossocial e/ou outras limitações decorrentes de deficiências cognitivas, ou ainda, estados e causas</p>

		<p>transitórias que impeçam a compreensão e expressão da vontade de forma livre ou plena (art. 2º do Código Civil Brasileiro). A lei civil ao afirmar que toda pessoa é capaz de direitos e obrigações na vida civil e, ao mesmo tempo, definir a incapacidade legal, quer estabelecer, apenas, que é necessária a tutela de alguém com capacidade civil plena para, em algumas circunstâncias que se faça imprescindível, as pessoas incapazes exerçam plenamente seus direitos de maneira adequada, com um único objetivo: a proteção da pessoa representada ou assistida.</p> <p>Também é interessante lembrar que o conceito de vulnerabilidade é diferente do conceito de incapacidade legal. A vulnerabilidade refere-se a estado e ou condição da pessoa ou de grupos que pode reduzir ou inviabilizar o exercício da sua autonomia, e não restritamente relacionado à idade da pessoa ou deficiências cognitivas ou por doença. É um conceito mais amplo e expressa uma possibilidade, não uma condição específica. Nesse sentido, se afirma que as mulheres, as pessoas idosas, as pessoas com deficiência são ou estão vulneráveis a determinadas violações de direitos e riscos de adoecimento. Isto não significa que sejam civilmente incapazes.</p>
2009	<p>A Lei Brasileira de Planejamento Familiar e os/as adolescentes – Miriam Ventura (p. 103 104)</p>	<p>A Lei de Planejamento Familiar não dispõe sobre qualquer medida específica para o atendimento de adolescentes, referindo-se tão somente à capacidade civil plena para esterilização cirúrgica. Tal omissão vem gerando dúvidas nas equipes de saúde quanto aos direitos de jovens ao acesso a métodos contraceptivos sem anuência de seus responsáveis, criando barreiras à autonomia reprodutiva e sexual desses sujeitos. Na atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, deve prevalecer a natureza protetora e promotora do direito à saúde e à integridade física e psicológica da pessoa em geral, como indispensável à dignidade humana. No caso de conflito entre este direito e o direito de tutela dos pais, deve prevalecer o direito do/a adolescente ao acesso à assistência integral, inclusive o acesso às informações corretas e em linguagem adequada e aos insumos para a prática sexual segura. Nesse sentido, e considerando ser o/a adolescente uma pessoa em processo de desenvolvimento, que necessita de atenção adequada para tomar decisões, as instâncias internacionais de direitos humanos recomendam que na assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescente, primeiramente, se verifique a capacidade de discernimento da pessoa para decidir sobre o uso de métodos contraceptivos, e se a prática sexual é consentida, ou seja, se o/a adolescente não está sendo vítima de abuso sexual. Constatando-se que a pessoa tem condições de decidir e de se conduzir, deve a equipe de saúde assisti-la sem restrições e proporcionar, inclusive, o acesso aos insumos necessários para uma prática sexual segura. Os instrumentos legais que embasam a ação dos profissionais de saúde no Brasil e os limites e possibilidade de assistência à saúde de adolescentes sem anuência dos pais estão descritos nos Códigos de Ética médica (art. 103), do Serviço Social (art. 15 a 18), do/a enfermeiro/a (art.29), das/dos psicólogos/as (art. 21,26 e 27), e nos princípios do ECA, reiterados na Recomendação Geral nº 4, de 2003, do Comitê de fiscalização da Convenção da Criança na ONU.</p>

2009	Prática Sexual e Idade – Miriam Ventura (p.277-284)	<p>O Código Penal brasileiro relaciona a capacidade de autodeterminação sexual à idade de 14 anos, invalidando o consentimento para a prática sexual. Consequentemente, as relações sexuais com menores de 14 anos são tratadas pela lei criminal como crime sexual contra vulnerável. Antes da reforma introduzida pela Lei Federal nº 12.015, de 07/08/2009, a lei criminal presumia a relação sexual com pessoa menor de 14 anos como violência sexual, podendo o agente responder por crime de estupro ou atentado violento ao pudor. A Jurisprudência vinha reduzindo o rigor do dispositivo, contudo, as decisões não se fundamentavam na inconstitucionalidade da lei que presume um crime, sustentado por vários juristas, mas sim, no comportamento sexual da vítima. Por exemplo, algumas decisões judiciais identificadas utilizam o argumento de erro plenamente justificado do agente em relação à idade da vítima, em virtude da compleição física da menina, ou estar a vítima em situação de exploração sexual para fins comerciais. Assim, as meninas atraídas e exploradas sexualmente para fins comerciais, vítimas de um comércio ilícito, e em situação de violação de direitos e alta vulnerabilidade pessoal e social, continuavam desprotegidas e as pessoas que com elas se relacionavam não eram punidas, simplesmente, em razão da condição da vítima. Outras decisões desconsideravam a presunção legal, condenado como crime de estupro sem analisar as circunstâncias, ou seja, punia-se simplesmente uma relação sexual consentida e sem violência entre um adolescente de 18 anos com sua namorada de 13 anos. A crítica a este tipo de argumento era no sentido de que o consentimento da pessoa e as circunstâncias em que a relação sexual ocorreu, em geral, eram desconsiderados, e a intervenção judicial, por vezes, desprotegida a/o adolescente vítima de abuso sexual, e não punia o infrator, ou jurisdicionada situações não criminosas. O que se esperava era que a lei revogasse a presunção de violência nesses casos, e que os direitos sexuais de adolescentes fossem tratados de forma mais ampla e adequada, ou seja, que o objeto da proteção jurídica fosse o direito dos/as adolescentes ao pleno desenvolvimento de sua sexualidade, de forma sadia, prazerosa e consciente e, neste contexto, fossem punidos os abusos sexuais, e não jurisdicionadas automaticamente todas as práticas sexuais consideradas prematuras. A Nova lei criminal retirou a presunção do Código Penal, e introduziu um conjunto de tipos penais sob o título de Crimes Sexuais contra vulnerável. São eles: o estupro de vulnerável, a corrupção de menores, o crime de satisfação de lascívia mediante presença de criança e adolescente. A repercussão prática dos novos tipos como estupro de vulnerável, é qualquer relação sexual com pessoa menor de 14 anos será considerada crime, independente da comprovação de discernimento ou não para o consentimento da vítima, ou de quaisquer outras circunstâncias. A opção legislativa de desconsiderar-se, por princípio, a capacidade de pessoal menor de 14 anos para consentir e as circunstâncias que o/a adolescente está se relacionando sexualmente, não admite uma visão positiva dos direitos deste segmento no âmbito da sexualidade e reprodução, restringindo-se ao tratamento da sexualidade na adolescência em uma perspectiva negativa, ou melhor, em uma situação de violação de direitos e nuca de vivência desses direitos. Este tipo de tratamento chamado negativo é, sem dúvida, necessário para prevenir abusos sexuais. O que se critica é o acolhimento desta única perspectiva no ordenamento legal brasileiro. Melhor seria o</p>
------	--	--

		<p>tratamento desta dimensão da vida do/a adolescente, no próprio ECA. O modelo exclusivamente penal-punitivo para o tratamento de aspectos que atingem a intimidade das pessoas, tem se revelado insuficiente e ineficiente para prevenir e coibir práticas abusivas. Qualquer exigência que possa afastar ou impedir o exercício pleno do/a adolescente de seu direito fundamental à saúde , à liberdade – como obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde – constitui lesão a um direito maior que é o direito à informação e as condições para exercício saudável de sua sexualidade, representando uma autonomia sexual e reprodutiva de adolescentes.</p> <p>A lei federal nº 9.263/96 do planejamento familiar não veda expressamente o atendimento aos/às adolescentes, restringindo apenas as esterilizações cirúrgicas voluntárias. A ausência de expressa previsão legal não exime os serviços de saúde de dar assistência integral aos/às adolescentes.</p> <p>Não se deve negar a responsabilidade de pais e/ou responsáveis na proteção e orientação de seus/suas filhos/as. Os serviços devem encorajar o/a adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, alguns de difícil condução, como a revelação de estar infectado pelo HIV, que implica em tratamento contínuo e cuidados especiais. Caso a equipe entenda que o/a adolescente não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias. Em seguida o/a adolescente deve ser abordado/a de forma clara, recebendo as explicações da necessidade de que um responsável o /a auxilie e assista no acompanhamento. O que se deve buscar garantir é que a revelação seja sempre consentida, ou previamente comunicada a/o à adolescente a decisão da equipe em informar aos responsáveis, quando não for possível conduzir a questão de outra forma e depois esgotadas as vias de entendimento com o/a paciente. Diante das implicações legais que possam surgir nos casos de maior complexidade, recomenda-se que os serviços de saúde busquem uma articulação e integração com o Conselho Tutelar da região e com a Promotoria da Infância e juventude, na forma de possibilitar a colaboração de seus integrantes em questões excepcionais, que atendam os princípios éticos.</p> <p>Garantir a autonomia de adolescentes no que tange à saúde, inclusive sexual e reprodutiva, é estratégia indispensável para a promoção e atenção à saúde integral, prevenção e tratamento de doenças agravos e reabilitação.</p>
2009	Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009	<p>É vedado ao médico:</p> <p>Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.</p>

2010	<p>Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas famílias em situação de violências – Orientações para gestores e profissionais de saúde - 2010 - MS</p>	<p>A rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento e notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situações de violência, bem como a orientação às famílias, independente de raça/etnia, sexo, diversidade cultural e religiosa, e orientação sexual, dando igual tratamento às pessoas com deficiências, dentre outras peculiaridades. Alguns grupos sociais são mais vulneráveis à ocorrência de violência. Ser menino ou ser menina também pode significar risco ou proteção a determinadas formas de violência. Crianças/adolescentes do sexo masculino estão mais sujeitos a sofrerem violência física, ao passo que as do sexo feminino correm mais risco de sofrerem violência sexual. Na adolescência, testar limites, questionar normas e valores convencionais, adaptar-se às pressões do ambiente e lidar com novas dúvidas e emoções são algumas das experiências marcantes e próprias desse momento de vida. Esse cenário, associado à maior ou menor independência e contato social com o grupo de pares, pode tornar o/a adolescente mais ou menos vulnerável à violência.(fluxo p. 51 e 52).</p> <p>A implantação da Linha de Cuidado na temática da violência permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizar e articular os recursos nos diferentes serviços e níveis de atenção para garantir o acesso, o cuidado e a proteção; - estabelecer o percurso da atenção a partir das situações de vulnerabilidades e dos riscos para a violência organizando o fluxo de acordo com as demandas; - definir as funções, responsabilidades e competências de cada serviço de atenção na produção do cuidado e na proteção social, - estabelecer normas, protocolos e fluxos em todos os níveis de atenção; - promover a capacitação dos profissionais de rede de cuidados e proteção social; - desenvolver ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para a atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência. <p>A linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violências prevê:</p> <p>Acolhimento – Atendimento - Notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção</p> <p>Abordagem multiprofissional</p> <p>Os casos de violência desde o princípio deve ser uma ação multiprofissional, no próprio serviço, com abordagens individuais, familiares e comunitárias e articulada com a rede intrasectorial e intersetorial de cuidado e de proteção social. No território o Sistema Único de Saúde – SUS dialoga com os sistemas de proteção social, justiça e direitos</p>
------	--	--

humanos, segurança pública, sistemas de ensino, sistema único da assistência social dentre outras políticas, a fim de planejarem, conjuntamente, as ações que melhor atendem às necessidades desse público.

As equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de saúde mental, agentes comunitários de saúde e de controle de endemias podem ser a estratégia orientadora e preferencial para o cuidado dos casos.

É importante lembrar que a violência ocorre de forma sistêmica na família, atingindo outros. Desse modo, o profissional de saúde precisa desenvolver uma compreensão do contexto da situação de violência que atinge a família e suas possíveis consequências físicas e emocionais a muitos dos seus integrantes.

Deve-se considerar que alguns consensos precisam ser respeitados desde o acolhimento, tais como: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo, especialmente quando da confirmação da violência sexual.

Notificação

A notificação deve ser realizada como um instrumento importante de proteção e não de denúncia e punição. Os profissionais podem sentir-se impotentes diante da suspeita de ocorrência de violência, temer identificar a situação e não comunicar o Conselho Tutelar. É fundamental que os profissionais contem com o apoio da equipe de saúde à qual pertence ou dos serviços que fazem parte da rede de cuidados e de proteção social no território.

Independente das condições socioeconômicas das famílias, quando houver negligência ou qualquer outra forma de violência por parte dos pais ou responsáveis, é necessário realizar a notificação e a tomada de decisão a favor da proteção do/a adolescente. A notificação é uma das dimensões da linha de cuidado, cabendo ao serviço de saúde, por meio da equipe, avaliar qual o melhor momento de registro na ficha de notificação, da responsabilização pelo preenchimento, bem como seu encaminhamento ao Conselho Tutelar (cabe à coordenação do serviço de saúde definir o(s) responsável(eis) pela assinatura na ficha de notificação.

Prevenção da gravidez em decorrência da violência sexual

Uma das grandes consequências da violência sexual é a gravidez, que se destaca pela complexidade das relações psicológicas e sociais que a determinam. Esta realidade é ainda mais delicada quando as vítimas são adolescentes, pois trazem questões éticas e legais, e os serviços e os profissionais de saúde devem estar preparados para atuar diante dessas situações. O uso da anticoncepção de emergência(AE) deve ser prescrito para todas as mulheres, adolescentes, jovens e adultas expostas à gravidez, por meio de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente do período do ciclo menstrual em que se encontram. A AE hormonal é o método de eleição devido a seu baixo custo, tolerabilidade, eficácia e ausência de contraindicações absolutas. As duas formas de AE hormonal devem ser administradas o mais rápido possível após o contato sexual, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas.

		<p>Gravidez em decorrência da violência sexual</p> <p>Os serviços de saúde devem considerar quando a gravidez já está confirmada e a paciente é uma adolescente entre 10 e 19 anos. Neste caso, a lei brasileira se posiciona favorável ao aborto no artigo 128 do Código Penal:</p> <ul style="list-style-type: none">- Se não há outro meio de salvar a gestante;- Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. O Estatuto da Criança e do Adolescente- Lei 8.069/1990- ECA, determina o atendimento integral em saúde como um direito fundamental, não obstante nos casos de violência. <p>Para a realização de aborto legal devem ser seguidas as orientações da Portaria nº 1.508, de 2005, que versa sobre o Procedimento de justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez:</p> <ul style="list-style-type: none">- adolescentes com idade menor de 18 anos grávidas, com direito ao aborto legal, devem ser acolhidas e esclarecidas sobre o seu direito à escolha da opção do abortamento, sendo necessária a autorização de responsáveis ou tutores para a solicitação do procedimento;- adolescentes com idade menor de 14 anos, necessitam adicionalmente de uma comunicação ao Conselho Tutelar e do acompanhamento do processo, com solicitação de agilização do mesmo;- na decisão de realizar ou não a interrupção da gravidez deve ser considerado o desejo manifesto da adolescente vítima de violência;- se uma gestante adolescente menor de 18 anos não consentir com o abortamento, o ato não deve ser realizado;- em casos contrários e conflitantes, em que a adolescente deseja a interrupção da gravidez e a família não concorda, o direito da adolescente deve prevalecer; <p>O SERVIÇO DE SAÚDE E SEUS PROFISSIONAIS DEVEM ORIENTAR A FAMÍLIA E A ADOLESCENTE SOBRE ESSE DIREITO. No entanto, persistindo o impasse entre ambos, a decisão se dará por via judicial.</p> <p>Para todos os casos, deve ser realizado o acompanhamento clínico e psicossocial da adolescente e, após o abortamento, o seu acompanhamento pela UBS, mais próxima de sua residência ou à qual está vinculada. Após a alta hospitalar, encaminhar e agendar uma consulta para a continuidade da atenção integral. A saída do hospital deve ser autorizada somente com a companhia dos pais ou responsáveis; na ausência destes, notificar o Conselho Tutelar, e na falta deste órgão, informar ou a promotoria Pública ou à Vara da Infância e da Juventude ou à Delegacia da Criança e do Adolescente ou com outra autoridade policial existente.</p>
--	--	---

		<p>De acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2005), embora exista o direito do médico à objeção de consciência dentro dos limites legais, é obrigação da instituição oferecer aos usuários e usuárias do SUS todos os seus direitos, inclusive o da interrupção da gestação nos casos previstos na legislação brasileira.</p> <p>QUALQUER FORMA DE EXPOSIÇÃO OU NEGAÇÃO DO SERVIÇO A QUEM TEM DIREITO PODE SER REQUERIDA E/OU REQUISITADA À LUZ DA JUSTIÇA. É FUNDAMENTAL QUE GESTORES DOS ESTADOS, MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL E DIRETORES CLÍNICOS ESTEJAM SENSIBILIZADOS E MOBILIZADOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DESSES SERVIÇOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO PAÍS.</p> <p>Seguimento na Rede de Cuidado e de Proteção Social</p> <p>Para dar continuidade ao acompanhamento, é preciso que os serviços de saúde e profissionais estejam capacitados para os cuidados clínicos e psicológicos de adolescentes e suas famílias em situação de violência, com protocolos e fluxos definidos, e rede de saúde organizada nos três níveis de atenção. A organização do serviço pressupõe a existência de fluxo interno de atendimento, formas de encaminhamentos, agendamentos de interconsultas, frequência dos retornos, realização e avaliação dos resultados de exames complementares, reuniões da equipe de saúde e intersetorial para avaliar a evolução e o prognóstico clínico e social do caso, entre outras ações, para garantir eficácia nas ações de proteção, de cuidados e de prevenção. Durante todo o processo a discussões e reuniões de equipe são essenciais.</p>
2010	<p>Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde(MS)</p>	<p>Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Há, portanto, uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude.</p> <p>Adota ainda o termo pessoas jovens para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos.</p>

2010	Política Estadual de Atenção Integral à saúde de Adolescentes – PEAISA - RS	<p>Apresentação da PEAISA na Secretaria Técnica -SETEC e Aprovação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB – Resolução nº 368/09 – CIB/RS; Apresentação e Aprovação da PEAISA no Conselho Estadual de Saúde – CES – Resolução CES/RS 02/2010; Inclusão da PEAISA no Plano Estadual de Saúde; Inclusão da PEAISA no Termo de Compromisso de Gestão Municipal; Inserção nos Cursos Introdutórios para capacitação de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família; Articulação com a Escola de Saúde Pública para Educação Permanente de profissionais de saúde através das CIES; Apresentação da PEAISA no CEDICA</p> <p>A PEAISA tem como objetivo promover a atenção integral à saúde de adolescentes, de 10 a 19 anos, considerando as questões de gênero, à orientação sexual, à raça/etnia, ao meio familiar, às condições de vida, à escolaridade e ao trabalho, visando a promoção à saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade, tendo três eixos centrais: crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e saúde reprodutiva, e redução da morbimortalidade por causas externas.</p>
2010	Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde - Ministério da Saúde	<p>O que é anticoncepção de emergência?</p> <p>Resposta: A anticoncepção de emergência (AE) é um método anticonceptivo que visa prevenir a gestação após a relação sexual. O método, também conhecido por pílula do dia seguinte, ou ainda como anticoncepção pós-coital, utiliza compostos hormonais concentrados e atua por curto período de tempo nos dias seguintes da relação sexual. Diferente de outros métodos anticonceptivos que atuam na prevenção da gravidez antes ou durante a relação sexual, a AE tem indicação reservada a situações especiais ou de exceção, com o objetivo de prevenir gravidez inoportuna ou indesejada.</p> <p>Em quais situações a anticoncepção de emergência está indicada?</p> <p>Resposta: As indicações da AE são reservadas para situações especiais e excepcionais. O objetivo da AE é prevenir a gravidez inoportuna ou indesejada após relação sexual que, por alguma razão, foi desprotegida. Entre as principais indicações de AE, está a relação sexual sem uso de método anticonceptivo, por razão de violência sexual, falha conhecida ou presumida do método em uso de rotina ou uso inadequado do anticonceptivo. Essas situações são frequentes. Entre as falhas dos anticonceptivos, podem-se citar rompimento do preservativo, algo relativamente comum, ou deslocamento do diafragma. Esquecimento prolongado do anticonceptivo oral, atraso na data do injetável mensal, cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência ou interpretação equivocada da temperatura basal são algumas circunstâncias que levam ao uso inadequado do método e expõem ao risco de gravidez.</p>

		<p>Há contraindicação para a anticoncepção de emergência em adolescentes?</p> <p>Resposta: As contraindicações para o uso da AE em adolescentes são exatamente as mesmas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde para o uso em mulheres adultas, conforme consta na resposta da pergunta 11. É importante que se esclareça que não existem contraindicações adicionais ou complementares para o uso da AE nesse grupo etário. Assim, o uso adequado da AE em adolescentes é tão seguro e eficaz quanto o uso em mulheres adultas.</p>
2010	<p>Diretrizes para organização e Funcionamento dos CTA do Brasil(MS)</p>	<p>De acordo com o ECA, Lei 8.069/1990, que considera criança a pessoa de até 12 anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre 12 e 18 anos incompletos, a testagem de adolescentes em CTAS seguem as seguintes diretrizes:</p> <p>Adolescentes, entre 12 e 18 anos, podem decidir sozinhos pela realização do exame, desde que o profissional de saúde avalie que ele é capaz de entender o seu ato e conduzir-se por seus próprios meios (art. 74 do Código de Ética Médica. Orienta-se que o/a adolescente seja estimulado/a a compartilhar o que lhe ocorre com seus responsáveis ou com adultos nos quais confiem e possam apoiá-lo.Recomenda-se que a todos/as os/as adolescentes seja oferecida uma sessão individual de aconselhamento pré-teste.</p> <p>Os resultados dos exames deverão ser entregues somente ao adolescente, preservando-se seu direito à privacidade. Caso seja desejo do adolescente a entrega dos resultados pode ser compartilhado por uma adulto que ele/a escolher. Deve-se observar que o apoio nem sempre parte dos seus responsáveis legais.</p> <p>Para adolescentes portadores de DST e/ou usuários de drogas injetáveis, inaláveis e pipadas, as recomendações são as mesmas.</p> <p>No caso de DSTs devidas à violência sexual deve-se seguir as orientações previstas em lei, com a notificação aos órgãos competentes.</p> <p>Adolescentes sob medida protetiva de abrigo ou em casos de adoção o MS contraindica a realização aleatória de exames anti-HIV. A testagem somente deverá ser feita em seu benefício. Crianças e adolescentes não são obrigados a revelar sua condição sorológico.</p> <p>Atendimento a Crianças e Adolescentes</p> <p>Como em qualquer outro caso, é vedada a realização da testagem compulsória em crianças e adolescentes, inclusive daqueles cumprindo medida s socioeducativa e medida protetiva de abrigo.</p> <p>No caso de adolescentes (12 a 18 anos), inclusive daqueles cumprindo medidas socioeducativas ou em medida protetiva de abrigo, estes poderão decidir sozinhos pela realização do exame, cabendo ao profissional avaliar se o adolescente em questão é capaz de entender a situação de testagem e se pode conduzir-se por seus meios próprios.</p>

2011	<p>Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual : perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde</p>	<p>REVISÃO e ATUALIZAÇÃO de acordo com a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 (Crimes contra a Dignidade Sexual) e Resolução do CFM nº 1.931, 17 de setembro de 2009 (Código de Ética Médica).</p> <p>A reedição de Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual – Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde contribui para uma atuação mais qualificada dos profissionais de saúde e soma os esforços e as iniciativas governamentais e não governamentais de enfrentamento à violência contra as mulheres em todos os seus ciclos de vida.</p> <p>O Código Penal Brasileiro trazia a previsão dos seguintes crimes contra a “liberdade sexual”: estupro (art. 213); atentado violento ao pudor (art. 214); posse sexual mediante fraude (art. 215); atentado ao pudor mediante fraude (art. 216); e assédio sexual (art. 216-A). O estupro era definido da seguinte forma: “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça: pena – reclusão, de seis a dez anos”. Assim, o estupro era um crime contra a liberdade sexual da mulher. Somente a mulher podia ser vítima de estupro. E esse crime somente era praticado mediante conjunção carnal, ou seja, mediante a penetração do pênis na vagina.</p> <p>O artigo 214 do Código Penal, que descrevia o “atentado violento ao pudor”, foi revogado, mas o seu texto foi incluído no artigo 213 do Código Penal, que ficou com a seguinte redação: “<i>Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos</i>”. Essa é a nova descrição legal do estupro.</p> <p>A nova lei criou também um capítulo com a seguinte denominação: “Dos crimes contra vulnerável”. Neste capítulo (Capítulo II, do Título VI), estão previstas as seguintes figuras penais: “estupro de vulnerável” (art. 217-A), que consiste em “<i>Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos</i>”; “<i>induzimento de menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem</i>” (art. 218); “<i>satisfação de lascívia mediante a presença de criança ou adolescente</i>” (art. 218-A) e “<i>favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável</i>” (art. 218-B). Portanto, todos os crimes previstos neste Título VI podem ser considerados, de uma forma ampla, como “violência sexual”. Não é necessário que ocorra um constrangimento mediante violência física para que se caracterize uma “violência sexual”, que também abrange a “grave ameaça” e a quaisquer outras formas de constrangimento contra a expressão da sexualidade, como a fraude, prevista na “violação sexual mediante fraude” (art. 215). É importante deixar consignado que o antigo Título VI, que se referia aos “crimes contra os costumes”, agora tem um novo nome: “Dos crimes contra a dignidade sexual”.</p> <p>Portanto, o Código Penal não usa mais os conceitos derivados da presunção, mas, sim, o paradigma da vulnerabilidade. E são consideradas vulneráveis as seguintes pessoas: (a) menor de 14 anos de idade induzida a satisfazer a lascívia de outrem (CP, art. 218); (b) menor de 14 anos de idade com quem se pratica conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso (CP, art. 217-A); (c) menor de 14 anos, quando alguém pratica, na sua presença, ou a induz a presenciar,</p>
------	--	--

conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem (CP, art. 218-A); (d) menor de 18 anos de idade ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem discernimento para a prática do ato, submetida, induzida ou atraída à prostituição ou a qualquer forma de exploração sexual (CP, art. 218-B); (e) a pessoa que, na situação anterior de prostituição ou exploração sexual, pratica qualquer ato libidinoso (CP, art. 218-B, § 2º, I); e (f) a pessoa que pratica conjunção carnal ou qualquer ato libidinoso e, por enfermidade ou doença mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, o que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência (CP, art. 217-A, § 1º).

Entre os crimes sexuais contra vulnerável, previstos no Capítulo II do Título VI do Código Penal (“Dos crimes sexuais contra vulnerável”), está o delito tipificado no artigo 218-B: “favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável. Assim, se uma mulher menor de 18 anos de idade, submetida à prostituição, engravidar, terá também o direito de praticar o abortamento sentimental, com fundamento no artigo 128, inciso II do Código Penal, pois houve crime sexual contra vulnerável e essa situação à evidência, que por analogia, está equiparada à hipótese de estupro.

Aborto pós – estupro:

A criminalização do aborto, antes de ser uma forma de proteção para a vida do feto, constitui um instrumento de controle da sexualidade feminina, inspirado por uma ideologia patriarcal de dominação e exclusão. Trata-se de um procedimento irracional, pois, além de ser ineficaz para proteger a vida dos fetos, a criminalização do aborto acarreta a sua prática de forma insegura e, conseqüentemente, morte e sequelas para as mulheres, o que representa um imenso custo social de um gravíssimo problema de saúde pública.

De acordo com o artigo 128, inciso II do Código Penal, *o abortamento é um procedimento lícito quando a gravidez resulta de estupro*, que é o crime tipificado no artigo 213 do Código Penal. Nessa hipótese, o abortamento é um fato típico, ou seja, está previsto no tipo penal, mas não é criminoso, porque não é antijurídico, trata-se do chamado aborto sentimental ou aborto ético ou aborto humanitário. Nesse caso, exige-se o consentimento da mulher que foi estuprada ou, quando incapaz, de seu representante legal.

A gravidez pode ser interrompida sempre que acontecer como resultado de qualquer delito contra a dignidade sexual, não apenas nos casos de estupro. Por conseguinte, se o nosso sistema jurídico permite a prática do abortamento ético, considerando-o absolutamente lícito, seria um absurdo incompreensível negar assistência médica à mulher que pretende interromper uma gravidez decorrente de crime sexual, punindo o médico que pratica o abortamento a pedido dessa mulher e obrigando-a a suportar os riscos, inclusive de morte, de um abortamento clandestino, marginal e inseguro, praticado em local inadequado, sem as necessárias e imprescindíveis condições técnicas, em condições precárias de higiene, sem assistência psicológica, sem acompanhamento profissional e sem qualquer respeito à dignidade humana.

		<p>O abortamento, com ou sem o consentimento da gestante, é considerado criminoso nos termos dos artigos 125 e 126 do Código Penal. Assim, nesses casos, e apenas nesses casos, o médico poderá ser responsabilizado criminalmente pelo abortamento.</p> <p>Não se pode permitir o abortamento legal, sentimental, ético ou humanitário, considerando-o lícito, e, ao mesmo tempo, abandonar a mulher que deseja praticá-lo. Os sistemas de saúde devem capacitar e equipar as pessoas que prestam serviços de saúde e tomar outras medidas para assegurar que o aborto se realize em condições adequadas e seja acessível. Medidas adicionais devem ser tomadas para salvaguardar a saúde da mulher.</p> <p><i>Para a prática do abortamento legal, sentimental, ético ou humanitário, não é necessária decisão judicial afirmando a ocorrência do estupro ou de qualquer outro crime contra a dignidade sexual. Não há necessidade de autorização judicial nem de uma sentença condenando o autor do crime sexual.</i></p> <p>Não se deve confundir os objetivos do serviço de assistência à mulher com os objetivos da justiça criminal. O objetivo do serviço médico não é condenar ninguém pela prática do crime sexual, mas, sim, garantir à mulher o exercício de seu direito à assistência médica integral e segura. Se a gestante falta com a verdade, consegue burlar todas as cautelas procedimentais do serviço e engana o médico, bem como os demais profissionais que a assistiram, não há como falar em punição criminal para o médico nem para aqueles profissionais que participaram da prática do ato.</p> <p>No atendimento não se deve confundir os procedimentos do serviço de saúde com os procedimentos policiais ou judiciais. Esses procedimentos são distintos e têm objetivos específicos e inclusive podem ser realizados independentemente um do outro. O Boletim de Ocorrência (BO) é um documento que registra o fato para o conhecimento da autoridade policial, que, diante da notícia de qualquer crime, deve determinar a instauração do inquérito policial, que é um procedimento investigatório. O laudo do IML (Instituto Médico Legal) é um documento elaborado para fazer prova criminal. Esses procedimentos são elaborados para a persecução penal e são importantes para o desencadeamento da atividade investigatória policial e para a propositura da ação penal pelo Ministério Público. Nenhum desses documentos é exigido legalmente para a realização do abortamento sentimental, ético ou humanitário. Portanto, mesmo que não seja lavrado o BO, e ainda que não seja realizado o exame pelo IML, o abortamento legal, sentimental, ético ou humanitário, pode ser realizado de acordo com a estrita legalidade. Recomenda-se a lavratura do BO e a realização do exame no IML, mas não se pode exigir essas providências como condição para o exercício do direito à prática do abortamento legal. Não há prazo para a lavratura do BO e não há necessidade da presença da vítima. Aliás, o BO não é imprescindível nem mesmo para a instauração do inquérito policial. E a qualquer tempo qualquer vítima de qualquer crime pode noticiar o fato à polícia. E essa notícia pode ser oferecida inclusive por carta ou petição, sem que haja necessidade da lavratura de um BO especificamente.</p>
--	--	--

		<p>A assistência médica à mulher/adolescente deve ser garantida prioritariamente., em detrimento às medidas jurídico-legais. Somente depois do atendimento médico, se a vítima tiver condições e assim o desejar, poderá ir à delegacia para providenciar a lavratura do BO, para fazer uma representação contra o criminoso, para prestar depoimento ou para submeter-se a exame pelos peritos do IML. E, depois do atendimento médico, se por alguma razão não for mais possível realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos cuidarão de fazer o exame de forma indireta, com base no prontuário médico do serviço que assistiu a vítima.</p> <p>A mulher/adolescente estuprada, muitas vezes não sofre lesões físicas externas, mas, mesmo assim, deve receber assistência médica imediata, antes de qualquer providência no âmbito policial, para que sejam evitadas a gravidez e a contaminação pelo vírus da aids, por IST, etc.</p> <p>Faixa etária:</p> <ul style="list-style-type: none">- quando a vítima conta mais de 18 anos de idade e não é considerada vulnerável, a ação penal é pública condicionada à representação da vítima, ou seja, depende da manifestação de vontade da vítima. O Ministério Público não poderá denunciar o criminoso se não houver manifestação de vontade da vítima autorizando a propositura da ação penal. A ação penal, nesses casos, é pública, mas depende de representação da vítima;- quando a adolescente não contar 18 anos de idade ou for considerada vulnerável, independentemente de sua idade, a ação penal contra o criminoso será pública incondicionada, ou seja, será promovida pelo Ministério Público e não depende de nenhuma manifestação de vontade da vítima. É considerada vulnerável toda mulher que, independentemente da idade, por enfermidade ou deficiência mental, não tem discernimento para a prática do ato libidinoso, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência. <p>Embora nesses casos a ação penal seja pública incondicionada, não se pode obrigar a mulher a providenciar o BO. Este será lavrado pela polícia sempre que qualquer pessoa der a notícia da ocorrência do crime. Assim, qualquer pessoa poderá noticiar o fato criminoso à polícia. E, nesses casos de vulnerabilidade da vítima, o crime tipificado será aquele definido no artigo 217-A do Código Penal (estupro de vulnerável).</p> <p>ESTUPRO DE VULNERÁVEL. Código Penal, artigo 21-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: pena – reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.</p> <p>Adolescentes:</p> <p>Constitui um dever do Estado dar assistência à mulher/adolescente estuprada que engravidou e pretende interromper a gestação, ainda que ela não tenha noticiado o fato à polícia ou a qualquer outra pessoa. A interrupção da gestação nesse caso é um direito da mulher/adolescente e deve ser garantido materialmente pelo Estado. Entretanto, <i>para a realização</i></p>
--	--	---

		<p><i>do aborto sentimental, quando a vítima for menor de 18 anos de idade, ou incapaz por outro motivo que a lei estabeleça, há necessidade do consentimento dos pais ou dos responsáveis, como exige o inciso II do artigo 128 do Código Penal.</i></p> <p>Atualmente, para que se configure o estupro de vulnerável, é imprescindível que haja, não apenas a prática de um ato libidinoso com uma menor de 14 anos, mas, também a violação de sua dignidade sexual, o que somente poderá ocorrer, objetivamente, quando essa menor não tiver discernimento para consentir com o ato e não puder, por isso, oferecer resistência. (p.27).</p> <p>Por exemplo, uma adolescente com 13 anos de idade, que engravida e não aceita a gravidez, pode pleitear a realização do aborto num serviço de referência, mesmo que não tenha sido forçada pelo namorado. Ainda que a adolescente de 13 anos consinta com a prática do ato libidinoso ou com a conjunção carnal, o sistema penal, atualmente, considera ter ocorrido o crime de estupro de vulnerável, desde que essa menor não tenha discernimento para consentir com a prática do ato e não possa, por isso, oferecer resistência, o que deve ser examinado caso a caso. Logo, é admissível a interrupção da gravidez decorrente de tal ato, nessas circunstâncias.</p> <p>O artigo 128, inciso II do Código Penal não faz distinção entre o estupro definido no artigo 213 do Código Penal, denominado simplesmente de estupro, e o estupro previsto atualmente no artigo 217-A do Código Penal, denominado estupro de vulnerável. Tenha a gravidez resultado de um estupro (CP,art. 213) ou de um estupro de vulnerável (CP, art. 217-A), ou mesmo de favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável (CP, art. 218-B, caput e § 2º, I), a adolescente ou a mulher tem o direito de interromper a gravidez, mesmo que ela tenha consentido com o ato.</p> <p>Quando uma adolescente, que ainda não completou 18 anos de idade, vítima de violência sexual engravida em razão desse crime, deseja interromper a gravidez e não tem o apoio dos pais tem o direito à interrupção da gestação, embora a exigência do consentimento do representante legal também tenha que ser observada para a realização do abortamento humanitário, ético ou sentimental.</p> <p>Assim, é preciso examinar o alcance dessa exigência e compreendê-la adequadamente, para que não seja prejudicado o direito das mulheres que ainda não completaram 18 anos de idade e que desejam interromper a sua gestação quando grávidas em razão de qualquer crime contra a sua dignidade sexual. É necessário saber quem é o representante legal que deverá consentir com a prática do aborto sentimental, não criminoso, portanto. Mas, de qualquer forma, é imprescindível nunca esquecer que a mulher/adolescente, ainda que seja considerada incapaz nos termos da legislação civil, não perde o direito à interrupção da gestação nos casos em menção. O seu direito, portanto, deve ser respeitado, embora a exigência do consentimento do representante legal também tenha que ser observada para a realização do abortamento humanitário, ético ou sentimental.</p>
--	--	--

		<p>Gestantes com idade inferior a 16 anos: De acordo com Código Civil, as crianças e os adolescentes menores de 16 anos são representados pelos pais (Código Civil, artigo 1.690): Compete aos pais, e na falta de um deles ao outro, com exclusividade, representar os filhos menores de 16 (dezesseis) anos, bem como assisti-los até completarem a maioridade ou serem emancipados. Esse consentimento dos pais deve ser dado por escrito. Entretanto, se a gestante tiver condições de discernimento e puder exprimir a sua vontade, ela também deverá assinar o consentimento.</p> <p>Embora o artigo 128, inciso II do Código Penal faça referência apenas ao consentimento do representante legal quando a gestante for incapaz, ela também há de consentir e assinar a autorização, quando possível, pois se trata de um ato personalíssimo e a sua vontade há de ser respeitada e observada também.</p> <p>Se a gestante incapaz estiver em condições de exprimir a sua vontade e não consentir com o abortamento, o ato não deve ser realizado, ainda que os seus representantes queiram interromper a gestação. Portanto, se os pais consentirem, mas a gestante menor de 16 anos desejar prosseguir com a gestação, a vontade dela deve ser respeitada. Aliás, o Estatuto da Criança e do Adolescente consagra o princípio do respeito à opinião e à vontade dos menores e adolescentes. É preciso observar, ainda, que é imprescindível o consentimento de ambos os pais. Caso falte um deles, compete ao outro o consentimento. Se um dos pais estiver em local incerto ou não sabido, o outro fará declaração específica sobre essa circunstância e poderá consentir sozinho. E, caso os pais diverjam quanto ao consentimento, caberá ao Juiz Cível decidir. Nessa situação, o caso poderá ser encaminhado ao Ministério Público, que promoverá a medida judicial cabível, mas qualquer um dos pais também poderá, por advogado, requerer ao juiz a solução do desacordo. Finalmente, caso os pais não consentam com o abortamento, divergindo ambos da vontade da gestante menor de 16 anos, também caberá ao juiz cível decidir, suprindo ou não o consentimento dos representantes, mediante requerimento do Ministério Público.</p> <p>Observação: De acordo com o artigo 3º, do Código Civil, também são consideradas incapazes, para os fins do artigo 128, II do Código Penal:</p> <p>(1) as maiores de 16 anos (com 16 anos ou mais) que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento; e (2) as maiores de 16 anos (com 16 anos ou mais) que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade. Essas pessoas devem ser representadas por curador nomeado pelo juiz (Código Civil, artigo 1.767). Assim, nos termos do artigo 128, inciso II do Código Penal, o consentimento para o abortamento ético deve ser dado pelo(a) curador(a), quando a gestante estiver em uma das situações acima mencionadas. E esse consentimento também deve ser dado por escrito. O consentimento do(a) curador(a), nas hipóteses em menção, somente poderá ser suprido pelo Juiz Cível.</p>
--	--	---

Gestantes com idade menor de 18 anos e maior de 16 anos: São considerados relativamente incapazes e, embora não sejam representados pelos pais, são por eles assistidos (Código Civil, artigos 4º e 1.690)44. Portanto, se a gestante for uma adolescente menor de 18 e maior de 16 anos de idade, não poderá sozinha consentir com o abortamento. A expressão representante legal abrange tanto os representantes do menor de 16 anos como os assistentes do menor de 18 e maior de 16 anos. É imprescindível, também, o consentimento de seus pais, ou de um dos pais, se um deles for falecido ou estiver ausente ou em lugar desconhecido.

Observação:

a) se houver divergência entre a manifestação de vontade da menor e de seus pais, situação deve ser resolvida exatamente como acima mencionado em relação ao caso das gestantes com menos de 16 anos: (1) se a gestante desejar levar a termo a gestação, a sua vontade deve prevalecer e deve ser respeitada; (2) se a gestante quiser interromper a gestação, contrariando a vontade dos pais, o Juiz Cível deverá decidir; e (3) se a adolescente quiser praticar o abortamento e um dos pais não consentir, havendo divergência entre os pais, também caberá ao Juiz Cível decidir

b) Os menores de 18 anos, crianças ou adolescentes, são colocados sob TUTELA quando os pais falecem ou perdem o poder familiar. E o tutor desses menores também é nomeado pelo Juiz. Assim, se a gestante tiver um tutor, esse representante deve consentir com o abortamento sentimental, ético ou humanitário e, como nos demais casos, somente o Juiz Cível pode suprir o seu consentimento.

Gestantes maiores de 18 anos: Desde que não estejam sob curatela ou tutela, poderão sozinhas consentir com o abortamento sentimental, ético ou humanitário.

Observação: Em casos excepcionais, a gestante menor pode tornar-se plenamente capaz antes de completar 18 anos de idade. Código Civil, artigo 5º, parágrafo único: Cessar a incapacidade para os menores: I – pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público. Independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver 16 (dezesesseis) anos completos; II– pelo casamento; III– pelo exercício de emprego público efetivo; IV– pela colação de grau em curso de ensino superior; V– pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função dele, o menor com 16 (dezesesseis) anos completo tenha economia própria. Nessas hipóteses, a gestante também poderá sozinha consentir com o abortamento.

Sobre o sigilo quando uma adolescente não quer comunicar aos pais ou responsáveis que foi agredida sexualmente, estando ou não gestante:

		<p>Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos. E adolescentes aquelas que contam entre 12 e 18 anos de idade. De acordo com o Código Civil, os filhos menores, que ainda não contam 18 anos de idade, crianças ou adolescentes, estão sujeitos ao poder familiar (Código Civil, artigo 1.630)50. Esse poder familiar é exercido pelos pais, aos quais compete dirigir a criação e a educação dos filhos, adolescentes ou crianças (Código Civil, artigo 1.634). Assim, em princípio, para que possam exercer com plenitude o poder familiar, os pais devem ser informados quando seus filhos menores de idade são vítimas de quaisquer maus-tratos e, obviamente, em especial, quando são vítimas de qualquer violência sexual.</p> <p>O Código de Ética Médica, ao tratar do sigilo profissional, dispõe, no artigo 74, do seu Capítulo IX, que é vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. Desse modo pode-se concluir que o médico está proibido de revelar aos pais a violência sexual sofrida pelo adolescente, quando este deseja guardar segredo sobre o fato.</p> <p>Na realidade, tal dispositivo afirma a obrigação de revelar o fato aos pais, estabelecendo, contudo, uma exceção para essa regra: o sigilo deverá ser preservado, e não deve ser revelado nem aos pais, se o/a adolescente tiver capacidade de discernimento e se o sigilo não acarretar nenhum dano para ele. Portanto, se o adolescente ou a adolescente não tiver capacidade de discernimento, o sigilo não deve prevalecer. E, ainda que o adolescente tenha capacidade de discernimento, os pais devem ser informados sobre o problema se o sigilo puder acarretar qualquer dano ao menor, seja um dano de ordem física ou psíquica. Como se vê, a regra de comunicação ou não do fato aos pais deve seguir, principalmente, o princípio da proteção de crianças e adolescentes..</p> <p>Para que o fato seja mantido em segredo e o sigilo preservado, em relação aos pais ou representantes legais de crianças e adolescentes, é imprescindível observar essas duas condições: (1) a criança ou adolescente deve ter capacidade de discernimento; e (2) a não revelação aos pais ou representantes não acarretará nenhum problema a crianças e adolescentes. Cabe ao serviço de atendimento à saúde fazer tal avaliação e, se não houver possibilidade de qualquer dano para a criança ou adolescente e diante da constatação de que eles tenham capacidade de discernimento, seus pais ou representantes não devem ser comunicados. Mas, se um desses requisitos não estiver satisfeito, os pais devem ser comunicados.</p> <p>Os profissionais que prestam assistência a adolescentes devem agir com cautela e, ainda que decidam não revelar o fato aos pais, devem orientar a adolescente a, no momento oportuno, autorizar a comunicação do fato aos pais. Portanto, evitar danos para ambos deve ser o principal norte da decisão de revelar ou não o fato aos pais. A revelação do fato, da mesma forma que a sua não revelação, pode também acarretar danos ao menor que, em face da revelação, pode afastar-se do serviço e perder a confiança nos profissionais que o assistem, o que, obviamente, pode acarretar sérios</p>
--	--	---

		<p>prejuízos para o menor, frustrando o objetivo de garantia e proteção. Assim, se a revelação do segredo aos pais puder acarretar danos ao menor, o segredo também não deve ser revelado. E, se a não revelação puder acarretar algum dano para a menor, o segredo deve ser revelado.</p> <p>Se a manutenção do segredo for imprescindível para a segurança de ambos, nem mesmo essa comunicação ao Conselho Tutelar há de ser exigida. Contudo, a não comunicação ao Conselho Tutelar, da mesma forma como a não comunicação aos pais, é uma situação excepcional, que deve ser fruto de uma decisão fundamentada do serviço de assistência a crianças e adolescentes. E essa decisão deve ser registrada no prontuário de ambos com a devida fundamentação e com os pareceres exarados pelos psicólogos, assistentes sociais e médicos. Na primeira oportunidade, quando a possibilidade de dano estiver debelada, o Conselho Tutelar deve ser comunicado.</p> <p><i>De acordo com o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente, os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. Assim, diante de um crime sexual praticado contra criança ou adolescente, cabe ao serviço comunicar o fato ao Conselho Tutelar, independentemente da vontade dos pais ou representantes legais, observado o que foi exposto na questão anterior quanto ao princípio de proteção de ambos.</i></p> <p>Notificação e Denúncia:</p> <p>A notificação é uma comunicação obrigatória de um fato. Nos casos do artigo 66 da Lei das Contravenções Penais, do artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente e do artigo 269 do Código Penal, a comunicação do fato é feita mediante notificação, cabendo ao médico e ao responsável pelo estabelecimento de atenção de saúde.</p> <p>A denúncia é o nome técnico dado à peça processual que dá início à ação penal pública promovida pelo Ministério Público. Portanto, a acusação, nos referidos casos, é feita exclusivamente pelo Ministério Público por meio de denúncia.</p> <p>Aborto legal e objeção de consciência:</p> <p>Diante do direito à objeção de consciência, não se pode, em princípio, obrigar o médico a praticar um aborto legal (abortamento não criminoso e lícito de acordo com o artigo 28 do Código Penal). Todavia, essa objeção de consciência, que é garantida por uma Resolução do Conselho Federal de Medicina, não é absoluta e não pode sobrepor-se incondicionalmente ao direito da mulher à assistência para a prática do aborto legal, direito esse garantido pela lei penal e, também, por nossa Constituição Federal e pelas normas internacionais de Direitos Humanos ratificadas pelo Brasil e incorporadas ao nosso sistema de garantias fundamentais. Assim, a objeção de consciência somente poderá prevalecer quando houver outro médico, que não a invoque, preparado, capacitado e disponível para a prática do ato.</p>
--	--	--

		<p>Embora o médico não possa ser obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência, ressalva, expressamente, que essa objeção de consciência não pode ser invocada, em caso de urgência ou emergência, diante da ausência de outro médico, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente. Como se vê, o Código de Ética Médica reconhece, nitidamente, que a objeção de consciência não é absoluta.</p> <p>Contudo, o médico poderá invocar a objeção de consciência e não praticar o aborto legal se houver outro médico capacitado e disponível para realizar o procedimento e se a sua recusa não acarretar danos à saúde física ou mental da gestante. Embora seja lícito invocar a objeção de consciência, o médico tem o dever de realizar os seguintes procedimentos: (1) fornecer à mulher todas as orientações relativas ao exercício de seu direito ao “aborto legal”; (2) esclarecer à mulher que ela tem esse direito e que o Estado tem o dever de dar assistência a ela para a interrupção da gestação de forma segura; (3) praticar todas as condutas médicas necessárias para garantir a saúde da mulher; (4) realizar todos os procedimentos de emergência necessários; e, (5) sem adotar nenhum procedimento procrastinatório, encaminhar a mulher ao médico ou a um serviço que estiver habilitado e capacitado para a realização do “aborto legal” em tempo hábil e com segurança. Entretanto, não se pode falar em recusa por razões de consciência quando o abortamento é necessário, nos termos do artigo 128, inciso I do Código Penal, e a gestante estiver exposta a iminente risco de vida.</p> <p>Se a prática do abortamento for a única forma de salvar a vida da gestante, deve o médico realizá-lo, sendo-lhe defeso invocar a objeção de consciência, pois, nessa situação, há de prevalecer o direito da mulher à vida. Se o abortamento necessário não for praticado em tal situação, o médico poderá ser responsabilizado civil e criminalmente pelos danos e prejuízos que causar à saúde da gestante em razão de sua omissão. Pode o médico omitente, inclusive, responder pela morte da gestante, criminalmente, por homicídio, pois podia e devia agir para evitar tal resultado (CP, artigo 13, § 2º).</p> <p>Para garantir o direito da mulher a esse abortamento lícito e não criminoso, o Estado deve manter, nos hospitais públicos, profissionais que estejam capacitados, preparados e dispostos a realizar tal ato médico. Caso não seja garantido esse direito da mulher, e ela sofrer qualquer prejuízo moral, físico ou psíquico em decorrência dessa omissão, o Estado poderá ser responsabilizado civilmente pela indenização de tais danos. A objeção de consciência é um direito dos médicos, não um direito das instituições. É por isso que todas as instituições, públicas ou privadas, integrantes do sistema de saúde, têm a obrigação de garantir assistência às mulheres que desejam exercer o seu direito ao aborto não criminoso.</p>
--	--	--

2012	Metodologias para o cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências da Ministério da Saúde	<p>Esse material propõe a reflexão sobre metodologias participativas para auxiliar profissionais de saúde no enfrentamento das violências que atingem crianças , adolescentes e suas famílias. O documento se propõe a apresentar um leque de métodos e técnicas de abordagem, relacionando-os a cada dimensão da Linha de Cuidado, desejando que os profissionais de saúde usem a sua criatividade ao adotá-los, valorizando seus conhecimentos e experiências. É com esse horizonte que se busca alcançar os melhores resultados no enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados. As metodologias participativas pressupõem a atuação efetiva dos envolvidos no processo de trabalho educativo, todos eles detentores de saber e conhecimentos, e não meros receptores de informações. Neste enfoque valorizam-se as experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão, identificação e busca de soluções para os problemas com os quais trabalham. Portanto, as metodologias participativas como instrumento pedagógico na rotina dos serviços de saúde é uma meta ambiciosa e que precisa ser debatida à luz das especificidades de cada nível de atenção da rede de saúde. Introduzi-las para auxiliar no processo de implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e suas Famílias em Situação de Violências é um verdadeiro desafio a ser enfrentado, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo, pelos profissionais e serviços que assim desejarem.</p>
2012	Atenção ao Pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde	<p>Acolhimento e pré-natal: O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades conforme o seu contexto social, dentre outros fatores.</p> <p>A ocorrência da gravidez na adolescência pode ser considerada como problema, porém é mais adequado entendê-la como um processo que pode resultar de uma multiplicidade de experiências de vida, razão pela qual pode assumir diferentes significados e ser ao mesmo tempo abordada de formas diferentes e, portanto, apresentar diferentes desfechos.</p> <p>O atendimento e a assistência à saúde de “adolescentes grávidos” (2012,p.136) de ambos os sexos devem ser tratados de forma diferenciada das pessoas adultas, em especial na faixa etária compreendida entre 10 e 14 anos. Adolescentes não engravidam sozinhas; nesse sentido, é fundamental que os adolescentes homens participem do processo e estejam presentes nos momentos de cuidados necessários durante e após a gravidez.</p> <p>A abordagem deve considerar a complexidade da situação tendo em vista os diferentes contextos familiares e sua dependência, falta de autonomia financeira, conflitos pessoais e sociais ou conflitos de violência doméstica e urbana. A família pode se constituir em determinante central podendo interferir sobre as decisões: manter ou interromper a gravidez, processo de assistência e continuidade no acompanhamento pós parto, bem como nas formas de contracepção.</p>

		<p>Para que a gravidez na adolescência transcorra sem maiores riscos, é fundamental que a captação para o início do pré-natal seja realizada o mais precocemente possível. Dessa forma, o momento do diagnóstico da gestação é de fundamental importância. Adolescentes grávidas não possuem maior risco clínico e obstétrico em relação às grávidas de outras faixas etárias só pelo fato de que são adolescentes. Quando elas recebem atenção qualificada, os resultados se aproximam daqueles da população em geral.</p> <p>A adolescente que chega na unidade de saúde com a suspeita de gravidez deve ser imediatamente acolhida por profissional/equipe de saúde, que não precisam ser especialistas, não necessitando de encaminhamento para o alto risco, desde que a gestação se mantenha nos parâmetros de uma situação clínica-obstétrica e psicossocial favoráveis. Estes devem avaliar com a adolescente as expectativas quanto à possível gestação, medos, anseios e possibilidades. A referência de pessoas de sua confiança é essencial para acompanhá-la. No caso de TIG negativo a equipe estimulará o vínculo com o serviço a fim de acompanhar e orientar para a contracepção e prevenção de uma possível gravidez.</p> <p>Os serviços de saúde de qualquer nível (primário, secundário, ou terciário), incluindo os agentes de saúde tem papel preponderante no acompanhamento de adolescentes, sendo este um momento ímpar para promover, proteger e assistir os pais adolescentes e a criança.</p> <p>Puerpério: É recomendado que as mães e pais adolescentes sejam acompanhados nas unidades de saúde e tenham acesso à informações, suporte para a elaboração e execução dos seus projetos de vida, bem como fortalecimento dos vínculos familiares e adesão ao serviço para participar de ações de promoção da saúde. É imprescindível a articulação de ações intersetoriais e estímulo para o acesso às demais políticas sociais para apoiar e acompanhar os pais e mães adolescentes com a organização de ambientes protetores para o autocuidado e de suas famílias.</p> <p>Anticoncepção: As ações que envolvem a promoção da saúde sexual e reprodutiva fazem parte da atenção integral à saúde de adolescentes, com ações realizadas e articuladas com as escolas, assistência social e políticas afins.</p> <p>A repetição da gestação na adolescência pode ocorrer. Portanto, indica-se a necessidade de que algum método contraceptivo seguro para a adolescente, eficaz e compatível com a amamentação, seja iniciado precocemente durante 40 dias pós-parto : DIU, anticoncepcionais hormonais, injetáveis mensal ou trimestral (somente com progestágeno), sempre associados ao preservativo.</p> <p>Consiste responsabilidade dos profissionais da saúde oportunizar orientação e esclarecimentos sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, inclusive os naturais, para que as adolescentes e seus companheiros possam fazer escolhas</p>
--	--	--

		<p>livres e informadas, incluindo o respeito às suas concepções religiosas. Na abordagem sempre deve ser incluída a contracepção de emergência, quando houver falha ou acidente relativo ao método escolhido e em uso.</p> <p>A promoção do autoconhecimento do corpo atua como facilitador do uso de alguns métodos contraceptivos, aumentando sua eficácia e melhorando a sua adesão, como é o exemplo da camisinha feminina.</p> <p>As equipes de saúde devem buscar subsídios para conhecer as questões ética e legais que envolvem o direito à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.</p>
2012	Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 / Ministério da Saúde/GM	<p>Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.</p> <p>Conforme Art. 6º, a configuração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas poderá funcionar com: a) leitos de clínica médica qualificados para o atendimento destinado a pessoas adultas e b) leitos de pediatria qualificados para o atendimento destinado a crianças e adolescentes em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.</p> <p>Parágrafo único: Os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas destinados ao atendimento de crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral.</p>
2012	Resolução nº 562/12 – CIB/RS	<p>Ratificando Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, define forma de organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para a Atenção Integral a pessoas com sofrimento ou tratamento mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em hospitais gerais no Estado do Rio Grande do Sul.</p> <p>Art. 5º – Hospitais habilitados como Serviço Hospitalar para Atenção Integral em Saúde Mental que possuam a partir de 10 (dez) leitos de pediatria cadastrados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – deverão disponibilizar 1 (um) leito de saúde mental para atendimento de crianças e adolescentes a cada 10 (dez) leitos de pediatria, não ultrapassando o disposto no Artigo 7º - o Serviço Hospitalar para a Atenção Integral em Saúde Mental destinará para esta modalidade de atenção no mínimo 04 e no máximo 30 leitos, não excedendo 15% do número total de leitos do Hospital.</p>

2012	Protocolo para a Utilização do Levonorgestrel na Anticoncepção Hormonal de Emergência / Ministério da Saúde	<p>Estabelece diretrizes para a indicação, o modo de usar e a prescrição do levonorgestrel na anticoncepção de emergência.</p> <p>No caso da dispensação não será exigida receita médica, podendo os/as enfermeiros/as disponibilizarem a contracepção de emergência na ausência de médico e posterior encaminhamento da usuária às ações de planejamento reprodutivo. O acesso à contracepção de emergência é um direito das mulheres adultas, jovens e adolescentes e deve ser amplo e livre de preconceitos e julgamentos.</p>
2013	Cuidando de Adolescentes na Rede Cegonha: orientações básicas para a saúde sexual e reprodutiva / Ministério da Saúde	<p>Atenção Integral às doenças sexualmente transmissíveis, aids e hepatites virais:</p> <p>Prover informação, conforme a necessidade, e educação para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, favorecendo que os adolescentes desenvolvam aptidões e conhecimentos para que possam decidir por atitudes saudáveis referentes a sua vida sexual.</p> <p>Disponibilizar preservativos masculinos e femininos, com acesso facilitado para adolescentes.</p> <p>Reduzir danos para aqueles que usam drogas, principalmente as injetáveis.</p> <p>Oferecer teste e aconselhamento sobre HIV/Aids, como oportunidade de reforçar a prevenção entre adolescentes e facilitar o atendimento preventivo, o tratamento e os cuidados para aqueles(as) que se descubram com alguma IST ou vivendo com HIV.</p> <p>Dispensar uma atenção especial para adolescentes que apresentam grande vulnerabilidade à infecção pelo HIV – que praticam sexo sem proteção; são usuários(as) de drogas injetáveis; estão envolvidos(as) no trabalho sexual, são gays e homens que fazem sexo com outros homens.</p> <p>Realizar o diagnóstico e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, levando em consideração a diversidade sexual, as práticas sexuais, a promoção do sexo seguro e o encaminhamento imediato para o atendimento.</p> <p>Os testes rápidos para a HIV e sífilis na atenção básica devem ser ofertados a adolescentes.</p> <p>As adolescentes gestantes devem ser captadas precocemente e realizar os testes rápidos na primeira consulta de pré natal. Caso a gestante obtenha resultado reagente em qualquer teste, seu parceiro também deverá ser aconselhado à realização das testagens.</p> <p>É imprescindível que adolescentes após testagem com resultado positivo sejam vinculados(as) a serviços de saúde específicos, que se responsabilizarão por acompanhá-los em seu tratamento.</p>

		<p>Quando a testagem for realizada no CTA as condições de saúde dos(as) adolescentes deve ser informada à UBS, para que a atenção básica possa dentro das suas competências e do respeito à confidencialidade, se responsabilizar pelo seu acompanhamento e atenção à sua família.</p> <p>Teste rápido de gravidez: Facilitar o acesso de adolescentes ao teste rápido de gravidez na atenção básica, independente da faixa etária. Se a adolescente buscou o serviço de saúde pode ter havido exposição, portanto deve ser acolhida e orientada para os atendimentos necessários e adequados. Ao ser confirmada uma violência sexual, seguir a norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (Brasil, 2011)² e as Linhas de Cuidados para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência(Brasil,2011)³. Em todos os casos verificar a data da última relação sexual para avaliar a possibilidade do uso da anticoncepção de emergência e a necessidade da realização do exame. No caso de adolescentes, com idade entre 10 e 14 anos ou com deficiência é necessário que o profissional esteja atento para uma abordagem diferenciada, não esquecendo de que elas podem estar sendo vítimas de violência contra a dignidade sexual. Registrar no prontuário tudo o que foi feito, observado e os encaminhamentos realizados.</p> <p>Teste negativo de gravidez: Após o teste rápido de gravidez, adolescentes que receberam um resultado negativo, sejam encaminhadas/os para uma consulta de planejamento reprodutivo, evitando-se a possibilidade de uma gravidez não planejada.</p> <p>Teste positivo de gravidez: O atendimento da adolescente que recebeu o teste de gravidez positivo deve ser presencial e respeitar as singularidades da adolescente atendida, porque a revelação do resultado pode suscitar medos, rejeição, inseguranças e muitas dúvidas. Importante que o profissional tenha disponibilidade para ouvir a adolescente, tirar suas dúvidas e prestar esclarecimentos necessários. A confidencialidade é um direito de adolescentes que seguem os princípios bioéticos de beneficência, da não maleficência, de respeito `autonomia, de justiça e do melhor interesse dos/as adolescentes, conforme o ECA.</p>
--	--	---

² http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

³ http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf

		<p>No caso de adolescentes que recebem o teste positivo de gravidez e não retornam para realizar o pré-natal, a UBS deverá ter estratégias de captação precoce, ainda o primeiro trimestre. Nas consultas, considerar a atenção integral à saúde da adolescente grávida, seu crescimento e desenvolvimento e bem-estar físico, mental e social</p> <p>Incluir o pai adolescente, em todas as ações cabíveis, no ciclo gravídico-puerperal de sua parceira.</p> <p>Garantir alojamento conjunto do neonato com sua mãe adolescente (ECA, Art. 10, V). A escolha do acompanhante é da parturiente, ficando assim admitidos, inclusive, os pais adolescentes (Lei nº 11.108/2005)</p> <p>Adolescentes privadas de liberdade terão acompanhamento na maternidade de profissional do socioeducativo (obrigatório) e da parceria ou de familiares.</p> <p>Dicas para gestão dos serviços:</p> <p>Se a adolescente for vítima de estupro, orientar sobre seus direitos para interrupção legal da gravidez; sobre os trâmites legais dependentes da idade e da sua relação com a família; sobre a possibilidade de ter a criança e de criá-la ou de encaminhá-la para adoção, segundo os trâmites (Lei nº 12.010, de 03/08/2009). É necessário negociar com ela o apoio de alguém da sua família ou outro adulto de referência que possa ajudá-la, assim como o encaminhamento para apoio psicológico.</p>
2013	Lei 12.845 de 1º de agosto de 2013	<p>Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.</p> <p>Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.</p> <p>Art. 2º Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.</p> <p>Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:</p> <p>I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;</p> <p>II - amparo médico, psicológico e social imediatos;</p> <p>III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;</p> <p>IV - profilaxia da gravidez;</p>

		<p>V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;</p> <p>VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;</p> <p>VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.</p> <p>§ 1o Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem.</p> <p>§ 2o No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal.</p> <p>§ 3º Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.</p>
2013	<p>Mandado de Notificação e Recomendação – RD.00739.00107/2011 – Promotoria de Justiça Especializada de Canoas - Promotor de Justiça – Rodrigo Augusto de Azambuja Mattos</p>	<p>Atendimento por profissionais de saúde da rede pública municipal de Canoas a crianças de 10 a 12 anos e a adolescentes desacompanhados de seus responsáveis legais.</p> <p>1. Considerando que o acesso à saúde e à consulta médica é direito de crianças e adolescentes, garantido pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança;</p> <p>2. Considerando que o direito do jovem à consulta médica, desacompanhado de seus responsáveis legais deve ser observado, em respeito ao princípio da privacidade, da intimidade, da imagem e da reserva da vida privada;</p> <p>3. Considerando que o Código de Ética Médica, no art. 74, veta médico: “Revelar segredo profissional referente à paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.”</p> <p>4. Considerando que a prescrição de anticoncepcionais deve respeitar tanto a solicitação dos adolescentes, independente de sua idade, quanto aos critérios de elegibilidade médica da organização Mundial da Saúde (OMS,1996);</p> <p>5. Considerando que, quando houver risco de gravidez, a idade ginecológica (tempo pós-menarca) não deve ser fator limitante para a prescrição de anticoncepcional.</p> <p>O Ministério Público, por meio de seu Promotor de Justiça da Infância e Juventude da Comarca de Canoas RS, no uso das atribuições legais e com fundamento no artigo 129, inciso II, da Constituição Federal, artigo 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei Federal nº 8.625/93 (Lei orgânica do Ministério Público), bem como o artigo 201, incisos VII,VIII e § 5º, alínea “c”, do Estatuto da Criança e do Adolescente, RECOMENDA, aos profissionais da área da saúde da rede Pública Municipal de Canoas que, nas hipóteses de comparecimento de crianças de 10 a 12 anos, desacompanhadas de seus responsáveis legais, sejam adotados procedimentos atinentes à convocação dos mesmo ou sua autorização, para viabilizar o</p>

		<p>atendimento médico da criança e/ou seu encaminhamento aos órgãos competentes; e no caso de comparecimento de adolescentes, independente da idade, desacompanhados de seus responsáveis legais que desejem atendimento individual, seja realizado o atendimento médico regular desde que constatado a capacidade do adolescente em discernir e assumir o autocuidado, atendimento esse que deverá se dar em um espaço privado de consulta, em relação pactuada e esclarecida entre o médico e o paciente, em que sejam reconhecidas sua autonomia e individualidade e estimulada a responsabilidade crescente com a sua saúde integral. Ainda, quando restar constatado prejuízo da capacidade do adolescente, é imprescindível a presença de responsável para a realização da consulta médica, o que deverá ser devidamente informado ao paciente.</p>
2014	<p>Guia Técnico de Gravidez na Atenção Básica – série direitos sexuais e direitos reprodutivos</p>	<p>Com a implantação do Teste Rápido de Gravidez (TRG) as ações da equipe de Atenção Básica em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva podem ser ampliadas, possibilitando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A detecção precoce da gravidez para início do pré-natal em tempo oportuno; • A identificação de situações oportunas para uso de anticoncepção de emergência: relação desprotegida, ocorrida em até cinco dias, em situação de gravidez indesejada; ocorrência de violência sexual; • A orientação para planejamento reprodutivo; • O acolhimento e o atendimento de mulheres adultas, jovens e adolescentes e casais em situação de gravidez indesejada; • A identificação e o atendimento de mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de violência sexual; • A detecção de situações de risco para gravidez indesejada; • A orientação para mulheres e casais com dificuldades conceptivas; • A identificação de situações de exposição ao risco de infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST), HIV e hepatites virais, com oferta dos testes rápidos para a mulher e parceria sexual. <p>A oferta do TRG apresenta-se não apenas como insumo, mas como dispositivo que oportuniza o diálogo sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva, com identificação de fatores de risco à saúde e intervenções em tempo oportuno. O objetivo da implantação/implementação da TRG é oferecer o acesso à detecção precoce da gestação, com acolhimento da equipe de atenção básica e orientações baseadas nas necessidades singulares de cada usuária. O TRG é indicado para mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual. Entretanto, independentemente do atraso menstrual, todas as mulheres que relatam exposição à relação sexual desprotegida podem e devem realizar testagem para DST (sífilis, HIV, hepatites Be C). Deve ser facilitado o acesso ao TRG, com respeito e atenção específica às adolescentes, devido às singularidades dessa faixa etária. O processo de abordagem necessita ser criterioso e protetivo à saúde, seja qual for o</p>

		resultado do teste. O acolhimento é extensivo à parceria sexual. É uma oportunidade especial para abordagem de adolescentes acerca da saúde sexual e reprodutiva.
2014	Portarias nº 485 e 618/2014 Ministério da Saúde de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) – Serviço nº 165 e suas classificações	Definem o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS e faz referência ao cadastramento do Serviço no Sistema de Cadastro Nacional. De acordo com essas normativas, o Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá ser organizado em todos os estabelecimentos de saúde, conforme as especificidades e atribuições de cada estabelecimento.
2014	Portaria 485 de 1º de Abril de 2014 - Ministério da Saúde	<p>Esta Portaria redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Art. 2º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas e tem como funções precípuas preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede.</p> <p>Art. 3º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá ser organizado em todos os estabelecimentos de saúde integrantes do SUS, conforme as especificidades e atribuições de cada estabelecimento.</p> <p>Art. 4º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá abranger as seguintes classificações:</p> <p>I - Serviço de Referência para Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência Sexual;</p> <p>II - Serviço de Referência para Atenção Integral a Adolescentes em Situação de Violência Sexual;</p> <p>III - Serviço de Referência para Atenção Integral às Crianças em Situação de Violência Sexual;</p> <p>IV - Serviço de Referência para Atenção Integral aos Homens em Situação de Violência Sexual;</p> <p>V - Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual;</p> <p>VI - Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei; e</p> <p>VII - Serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual.</p> <p>§ 1º Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em situação de violência sexual e o Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei poderão</p>

	<p>ser organizados em hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares.</p> <p>§ 2º Os serviços ambulatoriais, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatorios de especialidades e outros, compõem a rede de cuidado a pessoas em situação de violência sexual, devendo realizar o atendimento conforme suas especificidades e atribuições.</p> <p>Art. 5º Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual terão suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, realizando:</p> <p>I - acolhimento;</p> <p>II - atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;</p> <p>III - escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito;</p> <p>IV - informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;</p> <p>V - atendimento clínico;</p> <p>VI - atendimento psicológico;</p> <p>VII - realização de anamnese e preenchimento de prontuário onde conste, entre outras, as seguintes informações:</p> <p>a) data e hora do atendimento;</p> <p>b) história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;</p> <p>c) exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário;</p> <p>d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica; e</p> <p>e) identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência;</p> <p>VIII - dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;</p> <p>IX - exames laboratoriais necessários;</p> <p>X - preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;</p> <p>XI - orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e</p> <p>XII - orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual.</p>
--	---

	<p>§ 1º Sem prejuízo da atuação do Instituto Médico Legal (IML), os estabelecimentos de saúde poderão realizar, no âmbito dos serviços de referência dispostos no "caput", a coleta, guarda provisória, preservação e entrega de material com vestígios de violência sexual, conforme o disposto no Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013.</p> <p>§ 2º Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta dos serviços de referência dispostos no "caput" funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação.</p> <p>Art. 6º O Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei terá suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, realizando:</p> <ul style="list-style-type: none">I - atendimento clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, contando com serviço de apoio laboratorial;II - apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; eIII - coleta e guarda de material genético. <p>Parágrafo único. Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta do serviço de referência disposto no "caput" funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação.</p> <p>Art. 7º A equipe dos Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual e do Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei possuirá a seguinte composição de referência:</p> <ul style="list-style-type: none">I - 1 (um) médico clínico ou 1 (um) médico em especialidades cirúrgicas;II - 1 (um) enfermeiro;III - 1 (um) técnico em enfermagem;IV - 1 (um) psicólogo;V - 1 (um) assistente social; eVI - 1 (um) farmacêutico. <p>§ 1º Equipamentos e outros materiais necessários para o funcionamento adequado dos serviços de referência deverão estar organizados e disponíveis para os profissionais em escala de atendimento, de acordo com as normas, regras e diretrizes técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.</p> <p>§ 2º Os serviços de referência assegurarão a continuidade do cuidado e do acompanhamento, incluindo-se a realização dos exames regulares, de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes técnicas em vigor.</p>
--	--

		<p>Art. 8º Os Serviços de Referência para Atenção Integral a Adolescentes e às Crianças em Situação de Violência Sexual comunicarão imediatamente ao Conselho Tutelar da respectiva localidade a suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente, de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).</p> <p>Art. 9º O Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual subsidiará com informações à rede intersetorial de serviços de saúde e assistência social de que trata a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso).</p> <p>Art. 10. Os serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual deverão oferecer acolhimento, atendimento humanizado e multidisciplinar e encaminhamento, sempre que necessário, aos serviços referência na Saúde, serviços de assistência social ou de outras políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência e órgãos e entidades de defesa de direitos.</p> <p>Parágrafo único. Os medicamentos para profilaxias indicadas, inclusive anticoncepção de emergência, deverão ser dispensados e administrados nos serviços ambulatoriais às vítimas de violência sexual.</p> <p>Art. 11. O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações realizará a notificação compulsória das situações atendidas através da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).</p> <p>Art. 12. O monitoramento e a avaliação do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações constituem responsabilidade do Ministério da Saúde e das respectivas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.</p> <p>§ 1º O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/SAS/MS), em parceria com demais áreas do Ministério da Saúde, estabelecerá em conjunto com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o apoio técnico para a implementação, o monitoramento e a avaliação do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações.</p> <p>§ 2º O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios desenvolverão mecanismos de informação e comunicação à população sobre os endereços em que estejam situados os Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, de acordo com os dados registrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).</p> <p>Art. 13. Compete ao Ministério da Saúde:</p> <p>I - financiar, de acordo com a sua disponibilidade orçamentária e financeira, a adequação dos espaços físicos, equipamentos e insumos para atendimento às pessoas em situação de violência sexual com coleta de informações e vestígios;</p>
--	--	---

	<p>II - criar procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para atendimento multiprofissional e interdisciplinar às vítimas de violência sexual em serviços de referência; e</p> <p>III - cofinanciar as ações de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual.</p> <p>Art. 14. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:</p> <p>I - adotar as providências necessárias para a organização do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações;</p> <p>II - orientar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde no SCNES, de acordo com as classificações descritas no anexo;</p> <p>III - estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência entre os serviços, de forma que o acesso seja ampliado e o atendimento adequado e humanizado, observada a organização das redes regionalizadas de atenção;</p> <p>IV - realizar o acompanhamento, o controle e a avaliação das ações e serviços para o fortalecimento das políticas de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em parceria com o Ministério da Saúde; e</p> <p>V - implementar ações e estratégias de apoio intersetorial ao enfrentamento da violência sexual previstas nas normas, regras e diretrizes técnicas para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual em vigor, incluindo-se:</p> <p>a) a qualificação periódica de equipes multiprofissionais;</p> <p>b) o desenvolvimento de mecanismos de supervisão, apoio técnico e incorporação de tecnologias que favoreçam a qualificação e expansão do número de Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, de acordo com as potencialidades regionais e locais; e</p> <p>c) a articulação dos diversos serviços de saúde a outros recursos públicos no sentido de garantir o acesso, o cuidado e os encaminhamentos necessários para a proteção, defesa de direitos e responsabilização das pessoas que cometem violências.</p> <p>Art. 15. Caberá ao Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, tornar pública, inclusive no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, a relação de estabelecimentos de saúde que atenderão pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS, de acordo com suas especificidades.</p> <p>Art. 16. Fica incluído na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES o Serviço Especializado 165 - SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL e suas classificações, nos termos do anexo a esta Portaria.</p>
--	---

2014	<p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei – Portarias nº 8.082, nº 1.083 e nº 1.084</p>	<p>A Portaria nº 1.082/GM/MS, de 23 de maio de 2014, que redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade.</p> <p>Assumindo o seu papel no sistema de garantia de direitos, o Ministério da Saúde(2017) em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos, publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) pela Portaria MS/GM nº 1.082, de 23 de maio de 2014, tendo como objetivo geral “garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade”.</p> <p>Para garantir a atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, a política fomenta a reorganização da atenção à saúde, fortalecendo as secretarias estaduais e municipais de saúde para assumirem suas responsabilidades frente às necessidades e demandas de saúde dessa população e da garantia de seus direitos. Esses entes federativos devem incluir a PNAISARI nos seus respectivos planejamentos de saúde.</p> <p>A Atenção Básica é a responsável pela articulação e pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde do município. Na organização da atenção integral serão contemplados os seguintes eixos: promoção da saúde e prevenção de agravos; ações de assistência e reabilitação da saúde e a educação permanente.</p> <p>E, ainda, as linhas de ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento físico e psicossocial. • Saúde sexual e a saúde reprodutiva. • Saúde bucal. • Saúde mental. • Prevenção ao uso de álcool e outras drogas. • Prevenção e controle de agravos. • Educação em saúde. • Direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas. <p>No âmbito do atendimento aos adolescentes em situação de privação de liberdade, a atenção integral à saúde será realizada, prioritariamente, por uma equipe da Atenção Básica. Dessa maneira, todas as unidades socioeducativas terão como referência uma dessas equipes.</p> <p>As equipes de referência deverão estar em consonância com as atribuições indicadas na Política da Atenção Básica.</p>
------	---	---

	<p>Quando houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, esta deverá ser cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).</p> <p>A equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com essa equipe interna do socioeducativo para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde e realizar ações de promoção e de proteção à saúde, na lógica do SUS. Essa estratégia favorece a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade, atendendo aos princípios, previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Sinase, da incompletude institucional e da reinserção social dos adolescentes em situação de privação de liberdade.</p> <p>O registro das condições clínicas e de saúde dos adolescentes, levantados pela equipe de referência, deve fazer parte do Plano Individual de Atendimento (PIA), a ser acompanhado e avaliado periodicamente pelas equipes integradas, da saúde e do socioeducativo, que acompanham estes adolescentes. Esses dados dão subsídios para os relatórios encaminhados ao juiz de execuções, bem como as suas modificações, que subsidiarão as decisões judiciais.</p> <p>É importante, ainda, que a equipe de referência em saúde acompanhe a implementação das proposições do Sinase, que afetam direta e indiretamente a qualidade de vida e a produção de saúde dessa população.</p> <p>Para a atenção em Saúde Mental de adolescentes em situação de privação de liberdade, cada equipe de saúde da Atenção Básica de referência para esta população será acrescida de profissionais de Saúde Mental, que podem ser: médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em Saúde Mental. Esses profissionais deverão ser cadastrados no SCNES da equipe de saúde da Atenção Básica de referência.</p> <p>As tecnologias desenvolvidas no campo da Saúde Mental podem contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada nas unidades socioeducativas. As chamadas “tecnologias leves” referem-se ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de Saúde Mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico, principalmente em se tratando de adolescentes em situação peculiar de desenvolvimento que necessitam, ainda, de apoio e proteção e da garantia de seus direitos.</p> <p>É evidente a necessidade de tratamento adequado aos adolescentes com transtornos mentais ou com problemas recorrentes do uso de álcool e outras drogas, além do acompanhamento psicossocial, conforme indicação dada pelo art. 64 da Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sinase, e da Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Atendendo a estas indicações, os profissionais de Saúde Mental que integrarão as equipes de saúde de referência para o socioeducativo têm papel estratégico na garantia da produção de saúde dos adolescentes, trabalhando na lógica do matriciamento, com as equipes de saúde e do socioeducativo, e não na lógica do atendimento ambulatorial e nem avaliações de demandas do judiciário.</p>
--	---

		<p>Por matriciamento entende-se:</p> <ul style="list-style-type: none">• Discussão de casos clínicos.• Participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA.• Atendimento psicossocial com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial.• Colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários.• Agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde.• Realização de visitas domiciliares conjuntas. <p>Para planejar a realização dessas ações é necessário que esses profissionais conheçam a situação de saúde mental da população socioeducativa e as redes de saúde para atenção à saúde mental e as redes intersetoriais disponíveis no território, como subsídios para a elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental, com a equipe de saúde de referência e a equipe do socioeducativo, e a partir das demandas mais prevalentes.</p> <p>Também estão dentro das suas atribuições a avaliação psicossocial dos adolescentes com indícios de transtorno mental e/ou agenciamento na Rede de Atenção à Saúde, dos casos que dela necessitem, bem como o incentivo a discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental e sobre as intervenções da dinâmica institucional na produção de saúde mental dentro das unidades socioeducativas.</p> <p>É imprescindível contribuir nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas e promover o seguimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes, após o cumprimento da medida socioeducativa.</p> <p>Para a operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, é necessário que a Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo e a Secretaria Estadual de Saúde, elaborem o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual. Estes têm como objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e a implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em conflito com a lei, seja em meio aberto ou em restrição de liberdade.</p> <p>A PNAISARI prevê um incentivo ao ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, instituído e pago pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento das ações com as unidades socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade.</p> <p>Como ferramenta fundamental para a gestão e acompanhamento da implementação dessa política, a instituição de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), tanto no município quanto no estado, articulado pelas Secretarias de Saúde e do Sistema Socioeducativo, abre espaços de problematização e tomadas de decisão favorecidas pelo diálogo institucional</p>
--	--	--

2014	Portaria 485 de 1º de abril de 2014 – Ministério da Saúde	Esta Portaria redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Art. 2º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas e tem como funções precípua preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede.
2014	Protocolo de Atenção à Saúde – Saúde de Adolescentes do Distrito Federal- Portaria SES – DF Nº 335 de 30/12/2013 – DODF nº 2 de 03/01/2014. Elaboração: Denise Leite O. Campos e Silvia. Renata Magalhães Lordello Borba Santos	Protocolo fundamentado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); Marco legal – um direito de todos (MS), Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde e Política Nacional de Atenção primária à Saúde – PNAB. Explicita-se que a sistematização de atividades para adolescentes segue os princípios da Atenção primária à Saúde. A mudança de cultura para uma perspectiva mais positiva, saudável e propositiva da adolescência é uma necessidade diante da visão dos adolescentes como sujeitos plenos de direitos. O Atendimento de adolescentes deverá ser feito em todas as unidades básicas de Saúde (centros de Saúde, Clínicas da Família, Postos de Saúde Rural, Postos de Saúde urbanos, Estratégias de Saúde da Família). Vale ressaltar que a unidade básica de saúde atende todas as idades e todos os casos, encaminhando-os para os adequados atendimentos, de acordo com o que a situação demandar. Adolescentes de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias serão atendidos/as na atenção primária a saúde por médicos das seguintes especialidades: pediatras, clínicos, médicos de família e ginecologistas, independente de sua idade. Excepcionalmente, e de acordo com cada serviço, e com a disponibilidade de profissionais, pode-se atribuir aos pediatras a responsabilidade de atender os jovens de 10 a 14 anos, 11 meses e 29 dias e aos clínicos os de 15 anos completos a 19 anos, 11 meses e 29 dias.
2014	Oficinas do APSUS - Formação e Qualificação do Profissional em Atenção Primária à Saúde - Oficina 8: Saúde Mental	Transtorno Mental na Infância e/ou na Adolescência <ul style="list-style-type: none"> • Nos problemas de saúde mental que se manifestam na infância e/ou na adolescência, a APS exerce importante função de proteção da vida, respeito à dignidade, à liberdade e à convivência familiar, social e cultural, através da integração da rede de saúde e da busca de recursos intersetoriais nas redes sociais e comunitárias. • As estratégias de intervenção na saúde destes usuários devem ser baseadas na promoção do desenvolvimento físico e psicológico saudável, pautado no apoio ao aleitamento materno, na orientação para os cuidados maternos primários, no reforço e estabelecimentos dos vínculos familiares, escolares e comunitários e no estímulo à prática de atividade física e alimentação saudável.

		<ul style="list-style-type: none"> • As equipes devem estar atentas para identificar os fatores de risco e proteção da saúde infanto-juvenil, como: o contato precoce com substâncias químicas, álcool e suas complicações, as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez precoce. As ações vão desde detecção dos sinais e sintomas precoces das patologias mais frequentes, intervenções iniciais para estabilização e, se possível, reversão dos problemas, organização de grupos de educação em saúde, até o tratamento (nos limites dos recursos da equipe), apoiado por profissionais especializados dos CAPS e/ou dos NASFs. • Considerando ainda a baixa utilização das unidades de saúde pelos adolescentes, o desenvolvimento de ações coletivas de promoção da saúde mental e de atividades em grupos educativos deve ocorrer estrategicamente em locais frequentados por eles, como escolas, igrejas, ONG e clubes.
2015	Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e reprodutiva/ Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes, de 10 a 19 anos de idade, têm direitos a serem atendidos sem discriminação, de qualquer tipo, com garantia de consentimento informado e esclarecido, de privacidade e de sigilo. Na mesma faixa etária – 10 a 19 - podem ser atendidos sem a presença dos pais, se assim preferirem. • No entanto, se esses adolescentes ainda não têm o discernimento e autonomia necessários para tomar decisões, é preciso negociar com eles e elas a presença de pais ou responsáveis. <p>As informações e as ações educativas, fornecidas dentro do espaço da consulta e nos grupos, devem ser adequadas a cada subfaixa etária (10-14 e 15-19), escolaridade, diversidade regional, cultural, religiosa, racial e étnica, à orientação sexual e às identidades sexual e de gênero.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser dispensado, com acesso facilitado, o preservativo nos espaços da UBS independentemente de apresentação de documentação, local de residência ou qualquer outra forma que dificulte este acesso. • Dentro do direito à saúde, em casos específicos onde uma possível gravidez possa se configurar como um risco à saúde da adolescente, a idade ginecológica (tempo pós-menarca) não deve ser fator limitante para a orientação e prescrição de métodos contraceptivos adequados. <p>Teste Rápido de Sífilis e de HIV</p> <p>As adolescentes grávidas devem realizar os testes rápidos na primeira consulta de pré-natal. Caso a gestante obtenha resultado reagente em qualquer dos testes, seu parceiro também deverá ser aconselhado à realização das testagens.</p> <p>Revelação de diagnóstico positivo na faixa etária de 10 a 14 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No manual sobre as Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV, a comunicação do diagnóstico recomenda que a população adolescente deve ser tratada de forma individualizada, processual e com a participação dos pais e/ou responsáveis.

	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns autores consideram que a idade cronológica não pode ser a única referência para a prontidão da pessoa em compreender as informações relacionadas à doença, e que a revelação diagnóstica deve ser iniciada, mesmo antes do período da adolescência. Uma estratégia imprescindível na revelação diagnóstica do HIV/aids durante a adolescência é oferecer suporte emocional, com o objetivo de auxiliar adolescentes na desconstrução de suas fantasias e de entender as atribuições de novos significados sobre a doença e tratamento. • Caso o(a) adolescente vá à unidade de saúde sozinho(a) para realizar o teste de HIV, o profissional de saúde deve avaliar qual a sua motivação para a testagem e sua capacidade de conduzir-se por seus próprios meios após o resultado do teste. O(a) adolescente deve ser estimulado(a) a compartilhar o que acontece com os seus responsáveis ou com adulto(s) em quem confie e que possa servir-lhe de suporte. • A condição de saúde de adolescentes após testagem também deve ser informada à UBS do local onde residem, para que a equipe da atenção básica, articulada ao CTA, possa, dentro das suas competências e do respeito à confidencialidade, também se responsabilizar pelo seu acompanhamento e atenção à sua família. • A revelação diagnóstica deve considerar que a tarefa seja encarada como um processo a ser desenvolvido por cuidadores e profissionais, levando em conta cada adolescente, as particularidades de seu contexto social, familiar, sexo e faixa etária. <p>Teste rápido de gravidez: acolhimento, aconselhamento e recebimento</p> <p>Deve ser facilitado o acesso de adolescentes ao teste rápido de gravidez na Atenção Básica, em especial das que estão na faixa etária entre 10 e 16 anos, devido às singularidades destas idades e por estarem em situação peculiar de desenvolvimento.</p> <p>Violência Sexual x Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos</p> <p>Vulnerabilidade: menores de 14 anos:</p> <p>De acordo com o paradigma estabelecido pela Lei nº 12.015/2009, não basta que a menor conte menos de 14 anos de idade para a caracterização do estupro de vulnerável (CP, art. 217-A). É preciso verificar se ela, objetivamente, concretamente, em razão de sua capacidade de discernimento, de sua história e de sua experiência de vida, era ou não vulnerável, ou seja, se ela tinha ou não condições pessoais para consentir com a prática do ato.</p> <p>Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ela tinha discernimento bastante para consentir com o ato e tinha condições pessoais de oferecer resistência, não há que se falar em vulnerabilidade (BRASIL, 2011c) - acesso: <http://www.saude.gov.br/bvs.
--	--

- Suas ações, e no caso de gravidez, indicam o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, garantidos na Constituição Brasileira de 1988 que reconheceu, no seu art. 227, crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, modificando toda uma legislação anterior que os considerava como propriedades dos seus pais.

Abortamento legal: o que diz a lei?

Vulnerabilidade

Menores de 14 anos:

- De acordo com a interpretação do Sr. Juiz José Henrique Torres, expressa nas páginas 24, 25 e 26 do caderno nº 7 da série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, sobre o novo paradigma estabelecido pela Lei nº 12.015/2009, não basta que a menor conte menos de 14 anos de idade para a caracterização do “estupro de vulnerável” (CP, artigo 217-A). É preciso verificar se ela, objetivamente, concretamente, em razão de sua capacidade de discernimento, de sua história e de sua experiência de vida, era ou não “vulnerável”, ou seja, se ela tinha ou não condições pessoais para consentir com a prática do ato.
- Se ela tinha discernimento bastante para consentir com o ato e tinha condições pessoais de oferecer resistência, não há que se falar em vulnerabilidade.

Maiores de 14 anos:

- O parágrafo 1º do artigo 217-A do Código Penal dispõe que também haverá “estupro de vulnerável” quando alguém praticar qualquer ato libidinoso “com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência”.
- Menor de 18 anos, ou com enfermidade ou deficiência mental. Entre os “crimes sexuais contra vulnerável”, previstos no Capítulo II do Título VI do Código Penal (“Dos crimes sexuais contra vulnerável”), está o delito tipificado no artigo 218-B: “favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável”.
- Menor de 18 anos de idade ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem discernimento para a prática do ato, submetida, induzida ou atraída à prostituição ou a qualquer forma de exploração sexual (CP, art. 218-B) se engravidar terá também o direito de praticar o abortamento legal, pois houve “crime sexual contra vulnerável”. Essa situação, por analogia, está equiparada à hipótese de “estupro”, uma vez que ela não tem condições pessoais para não consentir com a prática do ato e não pode oferecer resistência.

Adolescentes não vulneráveis:

- Adolescentes maiores de 14 anos até 20 anos incompletos.

		<ul style="list-style-type: none">• Essas adolescentes que ainda não completaram 20 anos de idade, e não são vulneráveis, têm o direito ao aborto legal por estupro ou risco de vida, como as mulheres adultas, guardadas as singularidades no atendimento, a que têm direito, por serem ainda adolescentes. <p>Atenção integral ao abortamento legal. O que fazer?</p> <ul style="list-style-type: none">• Apoiar e orientar a adolescente em situação de violência sexual na tomada de decisão sobre se quer ou não o abortamento legal e na revelação de sua decisão à família, cuidando para que seus direitos sejam respeitados dentro dos trâmites legais.• Havendo indicação desse procedimento invasivo, torna-se necessária a presença de um dos pais ou responsável, excluindo-se as situações de urgência, quando há risco de vida iminente, e em casos de violência sexual.• Todos os esclarecimentos e riscos sobre aborto legal devem ser fornecidos à adolescente sendo indispensável comunicar, esclarecer e acordar com ela sobre o momento e os procedimentos que serão realizados. <p>Procedimento ao aborto legal: orientações da Portaria GM nº 1.508, de 2005</p> <ul style="list-style-type: none">• Menores de 18 anos grávidas e com direito ao aborto legal, devem ser acolhidas e esclarecidas sobre o seu direito à escolha da opção ou não pelo abortamento e também devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todavia é necessária a autorização de pais ou responsáveis legais para a solicitação do procedimento.• Menores de 14 anos, necessitam adicionalmente de uma comunicação ao Conselho Tutelar e acompanhamento do processo, com solicitação de agilização do mesmo (Marco Legal, 2007).• A saída do hospital deve ser autorizada somente com a companhia dos pais ou responsáveis, na ausência destes, notificar ao Conselho Tutelar, e na falta deste órgão, informar ou à Promotoria Pública, ou à Vara de Justiça da Infância e da Juventude, ou à Delegacia da Criança e do adolescente e outra autoridade policial existente. <p>Desejo de continuidade da gravidez</p> <ul style="list-style-type: none">• Havendo desejo de continuidade da gravidez e discordância de pais ou responsáveis que desejam o aborto, o serviço deve respeitar o direito de escolha da adolescente e não realizar nenhum encaminhamento ou procedimento que se oponha a sua vontade.• Nesses casos, deve ser oferecido o acompanhamento psicossocial a ela e à sua família para que possam, em comum acordo, superar o impasse. Em casos onde haja posicionamentos conflitantes que não foram resolvidos, o juiz Cível deverá suprir o consentimento para solucionar o impasse (Brasil, 2011).
--	--	---

2015	Instrutivo Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada / Ministério da Saúde	<p>No âmbito da violência contra crianças e adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lei 12.015, de 07/08/2009, que altera o título VI da Parte Especial do Código Penal (Crimes contra a dignidade sexual), e a Lei nº 8.072 que dispõe sobre os crimes hediondos e revoga a Lei nº 2.252 que trata de corrupção de menores. • Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violências - Orientação para gestores e profissionais da saúde (Ministério da Saúde, 2010). • Lei 12.650, de 17/05/2012, conhecida como Lei “Joana Maranhão” que altera o Código Penal com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes. • Carta de Constituição de Estratégias em Defesa da Proteção Integral dos Direitos da Criança e do Adolescente - Anexo II Estratégia Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (09/10/2012). • Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (2013). • Lei 12.978, de 21/05/2014, que altera o nome jurídico do art. 218-B do Código Penal para “favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável” e acrescenta inciso ao art. 1º da Lei nº 8.072 para classificar como hediondo o crime de favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável. • Lei 13.010, de 26/06/2014, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. <p>Atendimento aos casos de violência sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 7.958, de 13/03/2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos(as) profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. • Lei 12.845, de 01/08/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. • Portaria nº 485/GM/MS, de 01/04/2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS. • Portaria Interministerial SPM/MJ/MS nº 288, de 25/03/2015, que estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos(as) profissionais de segurança pública e pelos(as) profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.
------	--	---

2016	PORTARIA Nº 2.068, DE 21 DE OUTUBRO DE 2016	<p>Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto.</p> <p>Art. 1º - Ficam instituídas as diretrizes para atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Parágrafo único - As diretrizes dispostas nesta Portaria aplicam-se ao Alojamento Conjunto de serviços de saúde, públicos e privados, inclusive das Forças Armadas, de hospitais universitários e de ensino.</p> <p>Art. 2º - O Alojamento Conjunto é o local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta.</p> <p>Parágrafo único - O Alojamento Conjunto possibilita a atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido, por parte do serviço de saúde.</p> <p>Art. 3º - A manutenção da mulher e do recém-nascido em Alojamento Conjunto apresenta as seguintes vantagens:</p> <ul style="list-style-type: none"> I - favorece e fortalece o estabelecimento do vínculo afetivo entre pai, mãe e filho; II - propicia a interação de outros membros da família com o recém-nascido; III - favorece o estabelecimento efetivo do aleitamento materno com o apoio, promoção e proteção, de acordo com as necessidades da mulher e do recém-nascido, respeitando as características individuais; IV - propicia aos pais e acompanhantes a observação e cuidados constantes ao recém-nascido, possibilitando a comunicação imediata de qualquer anormalidade; V - fortalece o autocuidado e os cuidados com o recém-nascido, a partir de atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional; VI - diminui o risco de infecção relacionada à assistência em serviços de saúde; e VII - propicia o contato dos pais e familiares com a equipe multiprofissional por ocasião da avaliação da mulher e do recém-nascido, e durante a realização de outros cuidados. <p>Art. 4º - O Alojamento Conjunto destina-se a:</p> <ul style="list-style-type: none"> I - mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao seu bebê; II - recém-nascidos clinicamente estáveis, com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico; peso maior ou igual a 1800 gramas e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas; III - recém-nascidos com acometimentos sem gravidade, como por exemplo: icterícia, necessitando de fototerapia, malformações menores, investigação de infecções congênitas sem acometimento clínico, com ou sem microcefalia; e IV - recém-nascidos em complementação de antibioticoterapia para tratamento de sífilis ou sepse neonatal após estabilização clínica na UTI ou UCI neonatal.
------	---	---

	<p>§ 1º - Cabe ao serviço de saúde realizar a gestão eficiente de leitos de forma que mulheres em outras situações ginecológicas e obstétricas, especialmente em situação de perda gestacional, não permaneçam no mesmo quarto ou enfermaria com puérperas e recém-nascidos.</p> <p>§ 2º - Incumbe ao serviço de saúde evitar que puérperas que não podem amamentar por doença de base ou uso de medicamentos, permaneçam junto com mulheres que amamentam.</p> <p>Art. 5º - O Alojamento Conjunto contará com os seguintes recursos humanos mínimos:</p> <p>I - Enfermagem:</p> <p>a) profissional de nível superior para função de coordenação, preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada na área, com jornada horizontal diária mínima de quatro horas;</p> <p>b) profissional de nível superior para assistência, preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada na área para cada 20 binômios mãe-RN ou fração em cada turno; e</p> <p>c) profissional de nível técnico para cada oito binômios mãe-RN ou fração em cada turno.</p> <p>II - Pediatria:</p> <p>a) profissional médico para função de responsabilidade técnica com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria ou em neonatologia, reconhecida pelo Ministério da Educação;</p> <p>b) profissional médico para assistência com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria ou em neonatologia, reconhecida pelo Ministério da Educação para cada 20 recém-nascidos ou fração; e</p> <p>c) profissional médico plantonista preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação para cada 20 recém-nascidos ou fração. Plantonista do alojamento conjunto poderá ser profissional da equipe da Unidade de Cuidados Intermediários Convencional ou Canguru (UCINCo ou UCINCa), prevista na Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, ou, ainda, da equipe de assistência ao recém-nascido no nascimento quando o estabelecimento não disponibilizar de leitos UCINCo/UCINCa;</p> <p>III - Obstetrícia:</p> <p>a) profissional médico para função de responsabilidade técnica com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia;</p>
--	--

		<p>b) profissional médico para assistência, com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia para cada 20 puérperas ou fração; e</p> <p>c) profissional médico plantonista, preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia. Plantonista do Alojamento Conjunto poderá ser profissional da equipe de obstetras de plantão.</p> <p>§ 1º - O profissional de Enfermagem de nível superior e o médico poderão acumular as funções de coordenação e assistência.</p> <p>§ 2º - Os serviços de saúde que realizam 500 partos por ano ou menos poderão estabelecer outros arranjos de jornadas de trabalho, desde que seja garantida assistência integral e presencial à mulher e ao recém-nascido pelas equipes multiprofissionais.</p> <p>§ 3º - Outras categorias profissionais poderão ser necessárias na assistência à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto, conforme necessidades específicas, tais como profissionais de ortopedia, neurologia, oftalmologia, cirurgia geral e infantil, assistente social, psicologia, nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia.</p> <p>Art. 6º - Cabe à equipe multiprofissional no Alojamento Conjunto:</p> <p>I - avaliar as puérperas diariamente, com atenção aos sinais de alerta para complicações no período pós-parto, tais como sangramento vaginal aumentado, febre, dor exacerbada, edema assimétrico de extremidades, sinais inflamatórios de ferida cirúrgica, sinais de sofrimento psíquico e depressão pós-parto;</p> <p>II - promover e proteger o aleitamento materno sob livre demanda, apoiando a puérpera na superação de possíveis dificuldades de acordo com suas necessidades específicas e respeitando suas características individuais;</p> <p>III - garantir à mulher o direito a acompanhante, de sua livre escolha, durante toda a internação e a receber visitas diárias, inclusive de filhos menores;</p> <p>IV - estimular e facilitar a presença do pai sem restrição de horário, inclusive de genitor sócio-afetivo;</p> <p>V - oferecer à mulher orientações relativas à importância de não ofertar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, exceto em situações especiais com prescrição médica ou de nutricionista, destacando que, nestes casos, deverá ser oferecido, preferencialmente, leite humano pasteurizado de Banco de Leite Humano;</p> <p>VI - oferecer à mulher orientações relativas à importância de não usar protetores de mamilo e não oferecer bicos artificiais ou chupetas ao recém-nascido;</p> <p>VII - oferecer à mulher orientações sobre os riscos da amamentação cruzada amamentar outro recém-nascido que não seja o próprio filho, e da proibição desta prática no Alojamento Conjunto;</p>
--	--	--

	<p>VIII - apoiar, incentivar e orientar a participação da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido, bem como de outros familiares, de acordo com o desejo dos pais da criança;</p> <p>IX - orientar e estimular o contato pele a pele, posição canguru, pelo tempo que a mãe e o pai considerarem oportuno e prazeroso, especialmente quando se tratar de recém-nascido com peso inferior a 2500g;</p> <p>X - realizar o exame clínico do recém-nascido em seu próprio berço ou no leito materno, preferencialmente na presença da mãe e do pai;</p> <p>XI - realizar o banho do recém-nascido na cuba de seu próprio berço ou banheira e assegurar a limpeza e a desinfecção entre o uso de acordo com padronização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar das respectivas maternidades. Durante o banho, orientar os cuidados necessários para a prevenção de hipotermia, incentivando a participação materna e paterna ou de outro acompanhante;</p> <p>XII - avaliar o peso do recém-nascido de acordo com necessidades individuais;</p> <p>XIII - adotar técnicas não farmacológicas de prevenção/redução da dor para a coleta de sangue e outros procedimentos dolorosos. Recomenda-se a sucção ao seio materno previamente, durante a realização de procedimentos;</p> <p>XIV - identificar e enfatizar os recursos disponíveis na comunidade e na rede de saúde local para atendimento continuado das mulheres e das crianças, referindo-as ou agendando-as para acompanhamento no serviço de saúde na primeira semana após o parto;</p> <p>XV - realizar atividades de educação em saúde, preferencialmente em grupo, com o objetivo de:</p> <ul style="list-style-type: none">a) ampliar o autocuidado das mulheres e de cuidados com os recém-nascidos;b) desfazer mitos relacionados à maternidade, à paternidade, ao aleitamento materno, ao puerpério, ao retorno à vida sexual, entre outros; ec) oferecer orientações quanto aos cuidados de saúde, nutrição, higiene, saúde sexual e reprodutiva, destacando o direito a uma vida sexual livre, prazerosa e segura e o direito à escolha sobre a reprodução se, quando e quantas vezes engravidar, com esclarecimento sobre métodos contraceptivos disponíveis e importância do uso do preservativo masculino ou feminino. <p>XVI - ofertar a inserção de método contraceptivo de longa duração e alta eficácia antes da alta, caso seja escolha da mulher.</p> <p>Parágrafo único - A equipe de saúde deverá conferir atenção ao estabelecimento de vínculo entre a mãe e o recém-nascido, a riscos e a vulnerabilidades particulares, bem como manter observação e escuta qualificada para esclarecer dúvidas e apoiar a mulher nesse período.</p> <p>Art. 7º - O Alojamento Conjunto contará com os seguintes recursos físicos:</p>
--	---

		<p>I - os quartos devem ser ambientes destinados à assistência à puérpera e ao recém-nascido com capacidade para um ou dois leitos, com banheiro anexo;</p> <p>II - as enfermarias devem ser ambientes destinados à assistência à puérpera e ao recém-nascido com capacidade para três a seis leitos, com banheiro anexo, conforme normativas vigentes da ANVISA;</p> <p>III - para cada leito materno, deve ser disponibilizado um berço para o recém-nascido e uma poltrona para acompanhante. O berço do recém-nascido deve ficar ao lado do leito da mãe e deve ser respeitada a distância mínima de um metro entre leitos ocupados; e</p> <p>IV - os quartos devem ter tamanho adequado para acomodar mulher e recém-nascido, de acordo com as normas vigentes da ANVISA. Parágrafo único. Medidas que assegurem a privacidade da mulher devem ser adotadas, assim como a observação do conforto luminoso para as puérperas os recém-nascidos e acompanhantes, quando instalados em quartos ou enfermarias com mais de um leito.</p> <p>Art. 8º - O serviço de saúde responsável pelo Alojamento Conjunto deverá dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento à mulher e ao recém-nascido:</p> <p>I - berço de material de fácil limpeza, desinfecção e que permita a visualização lateral;</p> <p>II - bandeja individualizada com termômetro, material de higiene e curativo umbilical;</p> <p>III - estetoscópio clínico e esfigmomanômetro;</p> <p>IV - balança;</p> <p>V - balança para recém-nascido;</p> <p>VI - régua antropométrica e fita métrica inelástica de plástico;</p> <p>VII - aparelho de fototerapia, um para cada 10 berços;</p> <p>VIII - oftalmoscópio;</p> <p>IX - otoscópio;</p> <p>X - aspirador com manômetro e oxigênio;</p> <p>XI - glicosímetro;</p> <p>XII - analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, anti-hipertensivos e outras medicações de uso comum no puerpério e no período neonatal; e</p> <p>XIII - material de emergência para reanimação, um para cada posto de enfermagem, composto por desfibrilador, carro ou maleta contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, apropriados para adultos e recém-nascidos. O carro ou maleta de emergência pode ser único para atendimento materno e ao recém-nascido.</p>
--	--	---

		<p>Art. 9º - A alta da mulher e do recém-nascido deverá ser realizada mediante elaboração de projeto terapêutico singular, considerando-se, para o tempo de alta, as necessidades individuais.</p> <p>Parágrafo único - Recomenda-se a permanência mínima de 24 horas em Alojamento Conjunto, momento a partir do qual a alta pode ser considerada, desde que preenchidos os critérios abaixo listados:</p> <p>I - puérpera: (i) em bom estado geral, com exame físico normal, sem sinais de infecção puerperal/sítio cirúrgico, com loquiação fisiológica; (ii) sem intercorrências mamárias como fissura, escoriação, ingurgitamento ou sinais de mastite, e orientada nas práticas de massagem circular e ordenha do leite materno; (iii) com recuperação adequada, comorbidades compensadas ou com encaminhamento assegurado para seguimento ambulatorial de acordo com as necessidades; (iv) bem orientada para continuidade dos cuidados em ambiente domiciliar e referenciada para Unidade Básica de Saúde (retorno assegurado até o 7º dia após o parto); (v) estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê; (vi) com encaminhamento para unidade de referência para acesso a ações de saúde sexual e reprodutiva e escolha de método anticoncepcional, caso a mulher não receba alta já em uso de algum método contraceptivo, ou para seguimento pela atenção básica da prescrição ou inserção de método pela equipe da maternidade;</p> <p>II - recém-nascido: (i) a termo e com peso adequado para a idade gestacional, sem comorbidades e com exame físico normal. (ii) com ausência de icterícia nas primeiras 24 horas de vida; (iii) com avaliação de icterícia, preferencialmente transcutânea, e utilização do normograma de Bhutani para avaliar a necessidade de acompanhamento dos níveis de bilirrubina quando necessário; (iv) apresentando diurese e eliminação de mecônio espontâneo e controle térmico adequado; (v) com sucção ao seio com pega e posicionamento adequados, com boa coordenação sucção/deglutição, salvo em situações em que há restrições ao aleitamento materno; (vi) em uso de substituto do leite humano/formula láctea para situações em que a amamentação é contra-indicada de acordo com atualização OMS/2009 "Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite".</p> <p>III - revisão das sorologias da mulher realizadas durante a gestação ou no momento da internação para o parto, assim como investigação de infecções congênitas no recém-nascido, conforme necessidade. Entre as sorologias, merecem destaque: sífilis, HIV, toxoplasmose e hepatite B. Outras doenças infectocontagiosas, como citomegalovírus, herpes simplex e infecções por arbovírus deverão ser investigadas se houver história sugestiva durante a gestação e/ou sinais clínicos sugestivos no recém-nascido;</p> <p>IV - realização de tipagem sanguínea, Coombs da mãe e do recém-nascido, quando indicado;</p> <p>V - oximetria de pulso (teste do coraçõzinho) e Triagem Ocular (Teste do Reflexo Vermelho ou teste do olhinho) realizados; Triagem Auditiva (teste da orelhinha) assegurada no primeiro mês de vida e Triagem Biológica (teste do pezinho) assegurada preferencialmente entre o 3º e 5º dia de vida;</p>
--	--	---

	<p>VI - avaliação e vigilância adequadas dos recém-nascidos para sepse neonatal precoce com base nos fatores de risco da mãe e de acordo com as diretrizes atuais do Ministério da Saúde para a prevenção de infecção pelo estreptococo do grupo B;</p> <p>VII - a mãe, o pai e outros cuidadores devem ter conhecimento e habilidade para dispensar cuidados adequados ao recém-nascido, e reconhecer situações de risco como a ingestão inadequada de alimento, o agravamento da icterícia e eventual desidratação nos primeiros sete dias de vida;</p> <p>VIII - avaliação do serviço social para os fatores de risco psíquicos, sociais e ambientais, como o uso de drogas ilícitas, alcoolismo, tabagismo, antecedentes de negligência, violência doméstica, doença mental, doenças transmissíveis e situações de vulnerabilidade social;</p> <p>IX - agenda com a Atenção Básica, o retorno da mulher e do recém-nascido entre o terceiro e o quinto dia de vida (5º Dia de Saúde Integral); e</p> <p>X - preenchimento de todos os dados na Caderneta da Gestante e na Caderneta de Saúde da Criança.</p> <p>Art. 10 - No momento da alta, a equipe multiprofissional fornecerá à mulher as seguintes orientações:</p> <p>I - procurar a Unidade Básica de Saúde ou o pronto-atendimento caso a mulher apresente sinais de infecção (febre, secreção purulenta vaginal, por ferida operatória ou nas mamas), sangramento com odor fétido ou com volume aumentado, edema assimétrico de extremidades, dor refratária a analgésicos, sofrimento emocional, astenia exacerbada ou outros desconfortos;</p> <p>II - procurar a Unidade Básica de Saúde se o recém-nascido apresentar problemas com aleitamento materno, icterícia ou qualquer outra alteração;</p> <p>III - em caso de intercorrências com as mamas, os Bancos de Leite Humano poderão oferecer a assistência referente às boas práticas da amamentação, e orientações sobre a doação de leite humano;</p> <p>IV - realizar vacinação conforme calendário vacinal;</p> <p>V - higienizar as mãos antes e após o cuidado com o recém-nascido;</p> <p>VI - evitar ambientes aglomerados ou com pessoas apresentando sinais e sintomas de doenças infectocontagiosas, como gripe e resfriado;</p> <p>VII - prevenir a morte súbita do recém-nascido por meio dos seguintes cuidados: deixar a criança em posição supina, manter a amamentação ao seio e evitar o tabagismo materno ou outra forma de exposição da criança ao fumo;</p> <p>VIII - transportar o recém-nascido de forma segura e prevenir acidentes domésticos; e</p> <p>IX - para crianças filhos de mães cuja amamentação é contraindicada de acordo com razões médicas aceitáveis/OMS/2009, orientar o preparo correto da fórmula láctea e higienização dos utensílios utilizados para preparo e oferta desse alimento.</p>
--	--

2016	Instrutivo SES – sobre violência sexual e orientações sobre interrupção da gravidez / DAS/SES	<p>Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei</p> <p>Quando é permitido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No Brasil é permitida a interrupção da gestação em três situações: para salvar a vida da gestante, na gravidez resultante de estupro, ambas previstas no código penal de 1940, em seu art. 128, e em casos de feto com anencefalia, conforme decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), em 2012. • Nestas ocasiões não é necessário qualquer autorização judicial para realizar o procedimento, bastando o desejo e o consentimento da mulher. <p>Até que idade gestacional deve ser feito: O abortamento deve ser feito até a 20ª semana, ou até a 22ª semana de gestação, se o feto pesar menos que 500g.</p> <p>Do consentimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de iminente risco de vida, estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento. De acordo com o Código Civil, arts. 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767: <ul style="list-style-type: none"> a) a partir dos 18 anos: a mulher é capaz de consentir sozinha; b) a partir dos 16 e antes dos 18 anos: a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam com ela; c) antes de completar 16 anos: a adolescente ou criança deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela. • A outra circunstância em que é necessário o consentimento de representante legal (curador/a ou tutor/a) refere-se à mulher que, por qualquer razão, não tenha condições de discernimento e de expressão de sua vontade. • De qualquer forma, sempre que a mulher ou adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir, assim como deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram. Caberá ao juiz cível decidir quando houver divergências quanto ao consentimento. • Em qualquer faixa etária, não é necessário Boletim de Ocorrência para autorizar a interrupção de gravidez resultante de violência sexual.
------	--	--

		<p>Onde procurar atendimento em caso de gravidez resultante de estupro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelo Sistema Único de Saúde, a mulher tem direito a interromper a gestação quando for vítima de violência sexual. Os serviços de saúde devem acolher a mulher e encaminhar para o hospital que realiza o procedimento. Estes direitos prevalecem no caso de adolescentes, entretanto, é necessário o consentimento dos pais ou representantes legais. • Referências hospitalares para interrupção legal da gravidez no Estado do Rio Grande do Sul habilitados com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para realização deste procedimento: <ul style="list-style-type: none"> * Hospital de Clínicas de Porto Alegre; * Hospital Fêmina de Porto Alegre; * Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre; * Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre; * Hospital Universitário de Canoas; * Hospital Geral de Caxias do Sul.
2017	Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na atenção básica / MS	<ul style="list-style-type: none"> • O documento tece recomendações para serem incorporadas ao conjunto de instrumentos e tecnologias voltados à educação permanente de profissionais de saúde, consolidando e ampliando as ações com adolescentes na Atenção Básica/ESF. O principal objetivo de tais recomendações é implementar a atenção integral à saúde de adolescentes, ampliando o acesso desse grupo populacional aos serviços de saúde, bem como melhorar a qualidade da atenção prestada no SUS. As recomendações focam o grupo populacional denominado de adolescências, que vive o ciclo etário entre os 10 e 19 anos. Nesse sentido, as diferenças e as multiplicidades existentes nessa população devem ser orientação para a acolhida, o cuidado e a atenção integral às/aos adolescentes que acessam a atenção básica na política pública de saúde. • O primeiro desafio para a Atenção Básica ir além da demanda referenciada é o trabalho interno com a equipe, conscientizando que o acolhimento de adolescentes e jovens é tarefa de todos os profissionais: da recepção à dispensação de medicamentos, do agente comunitário de saúde ao técnico de enfermagem, do dentista aos demais profissionais de saúde com formação universitária. • O reconhecimento de adolescentes como sujeitos de direitos trazem princípios fundamentais que devem ser observados na prática e na relação de profissionais de Saúde com esse grupo populacional. Esses princípios, relacionados a seguir, facilitam a análise dos casos atendidos, mesmo que não sejam suficientes para a tomada de decisão e necessitem de outros valores para aprofundar a análise ética. No entanto, não são princípios absolutos e sim condicionantes ou dependentes da situação em que se encontram os adolescentes.

	<ul style="list-style-type: none"> • O princípio bioético da beneficência prevê que os profissionais de Saúde devem buscar o bem-estar da pessoa/usuário evitando, na medida do possível, quaisquer danos e risco à vida. O princípio bioético da não maleficência define que há obrigação de não acarretar dano à pessoa. Já o princípio bioético do respeito à autonomia significa que o profissional da saúde deve respeitar a decisão e as escolhas livres de adolescentes (art. 7 do ECA, 1990), desde que tenham capacidade para tal, preservando seus direitos fundamentais em acordo com as atuais condições ético-sociais. • Entende-se autonomia como: a capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou buscar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma. Para que ela possa exercer esta autodeterminação são necessárias duas condições fundamentais: <ul style="list-style-type: none"> a) capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas. b) liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para esta tomada de posição. • O autocuidado e outras práticas de promoção da saúde são construídas mediante o desenvolvimento da autonomia. O princípio da autonomia também se expressa através do direito à: <ul style="list-style-type: none"> a) Privacidade: adolescentes, de ambos os sexos, podem ser atendidos sozinhos, caso desejem. O direito à privacidade é um elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde. b) Confidencialidade e sigilo: adolescentes devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como a seus pares, sem a sua concordância explícita. <p>Quebra de sigilo</p> <p>Adolescentes devem ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco à vida ou outros riscos relevantes tanto para a pessoa quanto para terceiros. Por exemplo, em situações como violência sexual, idéia de suicídio, informação de homicídios e outros.</p> <p>Consentimento livre e esclarecido</p> <ul style="list-style-type: none"> • A todos os usuários dos serviços de saúde, inclusive adolescentes, deve ser solicitado que assinem o consentimento livre e esclarecido para a realização de qualquer procedimento clínico. • No consentimento livre e esclarecido, a decisão só deve ser tomada depois que o adolescente receber informações detalhadas e esclarecidas sobre seu estado de saúde e o tratamento a ser realizado. Caso seja verificada sua incapacidade para a decisão, deve ter a assistência de seus pais ou representantes legais. • O consentimento só é moralmente aceitável quando está fundamentado em quatro elementos: informação, competência, entendimento e voluntariedade.
--	--

		<p>Consentimento nas urgências</p> <ul style="list-style-type: none">• Se o(a) adolescente não pode dar o seu consentimento, é imprescindível que um familiar/responsável seja localizado para a obtenção do mesmo. Não conseguindo esse contato, e havendo a restrição do tempo para a tomada da decisão, o profissional de saúde executor assume o papel de protetor natural do adolescente por meio de ações positivas em favor da vida e da saúde.• Assim, nas urgências aceita-se a noção de existência de consentimento informado presumido ou implícito. O profissional deverá registrar essa condição no prontuário e no impresso de consentimento institucional. <p>Acolhimento</p> <ul style="list-style-type: none">• Tendo como fundamento os princípios acima relatados, unidos aos direitos de justiça e do melhor interesse dos adolescentes também garantidos no ECA, é preciso trazer outras ações que constroem a atenção integral para esse importante grupo etário.• Independente da razão que faz com que o adolescente procure o serviço de saúde, cada visita oferece ao profissional a oportunidade de detectar, refletir e auxiliar na resolução de outras questões distintas do motivo principal da consulta. A entrevista é um exercício de comunicação interpessoal, que engloba a comunicação verbal e a não verbal. Para muito além das palavras, deve-se estar atento às emoções, aos gestos, ao tom de voz e à expressão facial do usuário.• A acolhida nos serviços deve ser cordial e compreensiva. Uma acolhida hostil, que imponha uma série de exigências, pode afastar o adolescente, perdendo-se a oportunidade de adesão ao serviço. Pelas características próprias dessa etapa do desenvolvimento, muitas vezes eles têm dificuldades em respeitar os horários e as datas de agendamento, determinando que o serviço construa mecanismos de organização mais flexíveis.• Todos os adolescentes deverão receber esclarecimentos a respeito de seu crescimento físico e desenvolvimento psicossocial e sexual. Deve ser enfatizada a importância de se tornarem ativamente participantes nas decisões pertinentes aos cuidados de sua saúde.• Os adolescentes deverão receber esclarecimentos sobre cuidados com a saúde oral e sobre hábitos nutricionais adequados, incluindo os benefícios de uma alimentação saudável e da manutenção do peso ideal. As consultas são momentos privilegiados para o aconselhamento de práticas sexuais responsáveis e seguras. O uso de preservativo deve ser enfatizado como prática indispensável na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de infecção pelo HIV. Essa é também uma oportunidade de esclarecimento de dúvidas, de conversar sobre a importância do afeto e do prazer nas relações amorosas e para alertar sobre situações de risco para violência e/ou exploração sexual.
--	--	--

		<p>Características do profissional de saúde</p> <p>Não existe um perfil específico de profissional de Saúde para o atendimento de adolescentes. Algumas características, entretanto, devem ser ressaltadas como muito importantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estar disponível para atender o adolescente e sua família sem autoritarismos.• Estar atento ao adolescente e ter capacidade de formular perguntas que auxiliem a conversação, buscando compreender sua perspectiva.• Não ser preconceituoso, evitando fazer julgamentos, especialmente no que diz respeito à abordagem de determinadas temáticas como sexualidade e uso de drogas.• Buscar, de forma contínua, atualização técnica na área específica de atuação profissional. <p>Dinâmica da consulta</p> <ul style="list-style-type: none">• Em termos ideais, devem existir dois momentos na consulta: o/a adolescente sozinho/a e com o familiar/responsável. A entrevista com o responsável é fundamental para o entendimento da dinâmica e estrutura familiar e para a elucidação de detalhes importantes da história pregressa do/a adolescente. Entrevistar o adolescente sozinho oferece a oportunidade de estimulá-lo a expor sua percepção sobre o que está acontecendo nos diversos âmbitos de sua vida. Além disso, esse espaço permite que o adolescente aborde alguns aspectos sigilosos que o/a estejam preocupando.• Na atenção à saúde integral de adolescentes há que compreender a expressão da sexualidade como uma das dimensões inerentes à vida e à saúde do ser humano que se manifesta desde o seu nascimento. Constitui-se como um fenômeno multifatorial, com aspectos biológicos, psicológicos, culturais, históricos e sociais, que influencia na sua maneira de ser, de compreender e de viver no mundo como homem ou mulher.• Entre os direitos considerados fundamentais para o exercício da cidadania e inerentes à condição de pessoa que vive em sociedade, estão os Direitos Humanos, preconizados pela Constituição Federativa do Brasil de 1988, que são: o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto e aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.• Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos contemplam os princípios da diversidade humana, especialmente a sexual, além do princípio da saúde, da igualdade, da autonomia e o princípio da integridade corporal, que estão fundamentados nos macro princípios éticos previstos na nossa constituição cidadã.• O direito de viver a sexualidade com respeito pelo próprio corpo e do(a) parceiro(a), de escolher o(a) parceiro(a) sexual sem medo, culpa, vergonha ou falsas crenças, de escolher se quer ou não ter uma relação sexual sem fins reprodutivos, de expressar livremente sua orientação sexual, de ter acesso à informação e à educação sexual e reprodutiva, entre outros que possibilitam a expressão livre da sexualidade, são direitos sexuais.
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Os direitos reprodutivos evidenciam o direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. Compreendem o direito de acessarem informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e o direito de exercerem a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção e violência.• Na adolescência, ocasionada pela puberdade, a sexualidade se manifesta em diferentes e surpreendentes sensações corporais, em desejos ainda desconhecidos e em novas necessidades de relacionamento interpessoal, tornando-se um foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos. Nesse contexto, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos estão em processo de formação e solidificação.• A maneira como os(as) adolescentes expressam e vivem a sua sexualidade é influenciada por vários fatores entre os quais estão: a qualidade das relações, emocional e afetiva, que viveram com as pessoas significativas na infância e na sua vivência atual; relações com seus grupos de pares; as transformações físicas, psicológicas, cognitivas e sociais trazidas pelo crescimento e desenvolvimento e pelo início da capacidade reprodutiva, até os valores, crenças, normas morais, mitos e tabus, e tradições da família e da sociedade na qual estão inseridos(as).• A abordagem pelo profissional de saúde sobre o tema sexualidade não pode ser preconceituosa e nem carregada de códigos morais ou religiosos. Este deve estar aberto para ouvir os/as adolescentes em suas escolhas, auxiliando-os a lidar com situações difíceis, frequentes nesta fase. Devem ser usadas de preferência terminologias adequadas, evitando-se gírias. É preciso promover a reflexão sobre a sexualidade e potencializar o senso crítico e responsável sobre a temática abordada.• Deve ser incluído nessa abordagem o conceito de dignidade sexual, que distingue cada ser humano e evoca respeito pelo Estado e pela sociedade, envolvendo direitos e deveres para garantir à pessoa a proteção de todo ato degradante e desumano e propiciando condições mínimas de existência para uma vida saudável, com corresponsabilidade ativa nas decisões da própria vida junto aos outros seres humanos.• A dignidade sexual, portanto, implica na garantia dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos de adolescentes, já reconhecidos como Direitos Humanos em leis nacionais e documentos internacionais, indicando a importância da aceitação da individualidade e da autonomia, com proteção desse segmento populacional, estimulando-os(as) a assumir a responsabilidade com sua própria saúde.• Toda a abordagem deve respeitar a autonomia dos/as adolescentes, dentro dos princípios da confidencialidade e da privacidade, indispensáveis para estabelecer uma relação de confiança e respeito entre profissionais e adolescentes.
--	---

	<p>Atendimento ginecológico</p> <p>Uma variedade de condições pode levar uma adolescente a uma primeira visita para o atendimento ginecológico. Os pais e/ou responsáveis tomam a iniciativa e marcam a consulta, quando percebem alterações que os preocupam. Outras vezes a adolescente procura o serviço para receber informações quanto à normalidade de seu corpo, por problemas, principalmente os relacionados à menstruação, ou porque está pensando em iniciar um relacionamento sexual.</p> <p>O profissional de Saúde deve demonstrar competência, habilidade, experiência e capacidade de bom relacionamento humano. Ele precisa conquistar a confiança da jovem, sem pressa e respondendo às dúvidas com respostas concretas e jamais assumindo atitude crítica.</p> <p>A rotina do exame ginecológico – mamas, abdômen, órgãos genitais externos e internos – não difere muito do praticado na mulher adulta. O exame físico nunca deve ser forçado, devendo ser adiado, quando necessário. Recomenda-se a presença do acompanhante e/ou outro profissional de Saúde da equipe durante o procedimento.</p> <p>Orientações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicar a importância do exame genital/ginecológico e as razões para fazê-lo.• Enfatizar a importância da higiene na área genital.• Usar modelos ou diagramas para explicar o aparelho reprodutor feminino.• Explicar e orientar sobre a importância do uso da dupla proteção, que é o uso do preservativo masculino ou feminino associado a outro método anticoncepcional, e sobre a anticoncepção de emergência, mesmo que a adolescente não tenha iniciado a atividade sexual.• A orientação quanto a métodos contraceptivos deve ser abordada com clareza e de preferência com o parceiro, quando possível.• Ensinar o registro dos ciclos menstruais no calendário e o seu preenchimento na sua Caderneta de Saúde.• Ensinar o autoexame das mamas. <p>Importante:</p> <p>Deve ser considerada a autonomia da adolescente, especialmente se ela opta por ser acompanhada ou não pela mãe ou responsável, por ocasião do exame genital. Se não for uma emergência, o exame genital pode ser adiado, se ela assim o desejar.</p> <p>Abordar planejamento reprodutivo na adolescência implica na revisão dos conceitos existentes sobre práticas sexuais e gravidez nesta etapa da vida. É importante ter em mente que, diante de adolescentes que trazem esta questão, deve-se ter tranquilidade para ouvir e tentar entender suas demandas e seus valores.</p> <p>Adolescentes têm direito ao atendimento no planejamento reprodutivo sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade, sigilo e consentimento informado. Os serviços de saúde devem garantir esse atendimento, antes</p>
--	---

		<p>mesmo do início da atividade sexual e reprodutiva, para ajudá-los a lidarem com a sua sexualidade de forma positiva e responsável, incentivando-se comportamento de prevenção e de autocuidado. Na faixa etária de 10 a 19, podem ser atendidos sem a presença dos pais, se assim preferirem.</p> <p>Adolescentes de 10 a 14 anos de idade devem ser orientados sobre os cuidados específicos e adequados ao seu desenvolvimento psicosssexual, com a proteção integral necessária, buscando identificar se já têm atividade sexual e se as circunstâncias apontam para violência ou para o exercício da sexualidade. Havendo confirmação ou suspeita de violência sexual, notificar conforme os trâmites preconizados pelo Ministério da Saúde, apoiar emocionalmente esses adolescentes e suas famílias e referenciar para outros níveis de atenção à saúde e da rede de garantia de direitos e de proteção.</p>
2017	<p>Nota Técnica Nº 4 de 03 de abril de 2017 / Ministério da Saúde</p>	<p>Assunto: “O direito de adolescentes serem atendidos nas UBS desacompanhados dos pais ou responsáveis e as ocasiões em que é necessária a presença de pais ou responsável”.</p> <p>O exercício do direito ao pleno acesso aos serviços de saúde com qualidade, privacidade e integralidade nas unidades básicas de saúde (UBS) tem gerado dúvidas, principalmente quando desacompanhado de pais ou responsáveis. Para dirimir dúvidas, a Coordenação Geral da Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ) tece as seguintes considerações:</p> <p>O Capítulo II, do Título II, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante aos adolescentes o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, sendo ali legalmente reconhecidos como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis. Essa premissa complementa o disposto no artigo 3º das disposições preliminares de “(...) lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. Esclarece ainda que, o direito à liberdade compreende o direito à expressão e à opinião, e o direito ao respeito que abrange a autonomia, valores, ideias e crenças, complementando os seus direitos fundamentais (ECA, art. 16 e art. 17).</p> <p>O Comitê de Direitos da Criança traçou recomendação específica sobre o direito à saúde dos adolescentes (Recomendação Geral n.º 4, de 6 de junho de 2003), destacando o direito à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente e ao seu acesso aos serviços, independente da anuência ou presença dos pais e responsáveis, para o enfrentamento das suas questões, inclusive de saúde sexual e saúde reprodutiva.</p> <p>Considerando que a revelação de determinados fatos para os responsáveis legais pode acarretar consequências danosas para saúde do adolescente e a perda da confiança na relação com a equipe, os Códigos de Ética de profissionais de saúde determinam o respeito à opinião da criança e do adolescente, e à manutenção do sigilo profissional, desde que o assistido tenha capacidade de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo.</p> <p>O Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009), Capítulo IX, determina que é vedado ao médico:</p>

		<p>Art. 74 - Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.</p> <p>Art. 78 – Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.</p> <p>O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN 311/2007), em seu capítulo sobre Responsabilidades e Deveres, determina:</p> <p>Art. 82, §4º - O segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo.</p> <p>Art. 83 – Orientar, na condição de enfermeiro, a equipe sob sua responsabilidade, sobre o dever do sigilo profissional.</p> <p>O Código de Ética Profissional do Psicólogo (RESOLUÇÃO CFP Nº 010/05), no capítulo das Responsabilidades do Psicólogo, prevê:</p> <p>Art. 9º – É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional.</p> <p>Art. 10 – Nas situações em que se configure conflito entre as exigências decorrentes do disposto no Art. 9º e as afirmações dos princípios fundamentais deste Código, excetuando-se os casos previstos em lei, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo.</p> <p>Parágrafo único – Em caso de quebra do sigilo previsto no caput deste artigo, o psicólogo deverá restringir-se a prestar as informações estritamente necessárias.</p> <p>Art. 13 – No atendimento à criança, ao adolescente ou ao interdito, deve ser comunicado aos responsáveis o estritamente essencial para se promoverem medidas em seu benefício.</p> <p>Código de Ética do/a Assistente Social (Resoluções CFESS nº 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11), Capítulo V, do Sigilo Profissional:</p> <p>Art. 15 - Constitui direito do/a assistente social manter o sigilo profissional.</p> <p>Art. 16 - O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.</p> <p>Parágrafo único - Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.</p> <p>Art. 17 - É vedado ao/à assistente social revelar sigilo profissional.</p> <p>Art. 18 - A quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do/a usuário/a, de terceiros/as e da coletividade.</p>
--	--	--

		<p>Parágrafo único - A revelação será feita dentro do estritamente necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e número de pessoas que dele devam tomar conhecimento.</p> <p>O Código de Ética Odontológica, Capítulo V, Seção I, do Relacionamento com o Paciente (Resolução CFO-118/2012), determina:</p> <p>Art. 11. Constitui infração ética:</p> <p>X - iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência;</p> <p>Além das regulamentações e sanções previstas pelos Conselhos de Classe, o Código Penal Brasileiro também prevê a penalidade de detenção de três meses a um ano ou multa àquele que cometer crime de violação do segredo profissional:</p> <p>Art. 154 - Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena: detenção de três meses a um ano.</p> <p>Considerando as dificuldades para o enfrentamento de algumas questões, recomenda-se às equipes e profissionais de saúde:</p> <p>a) sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação, legal, de proteção e orientação de seus filhos ou tutelados;</p> <p>b) que a quebra do sigilo, sempre que possível, seja decidida pela equipe de saúde juntamente com o adolescente e fundamentada no benefício real para pessoa assistida;</p> <p>c) no caso de se verificar que a comunicação ao adolescente poderá causar maior dano, a quebra do sigilo deve ser decidida somente pela equipe de saúde com as cautelas éticas e legais já mencionadas.</p> <p>É fundamental que fique claro que, garantir direitos a adolescentes (10 a 19 anos) nos serviços de saúde independente da anuência de seus responsáveis, vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde.</p> <p>Nesse contexto, a Saúde é setor privilegiado para promoção e garantia dos direitos humanos dos adolescentes. A partir dele podemos intervir de forma satisfatória na implementação de um elenco de direitos, aperfeiçoando as políticas de atenção a essa população, por meio de ações e atividades articuladas e conjuntas, entre os setores de Saúde, Educação, Justiça, Segurança e a própria população jovem.</p>
2017	Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017	Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069 (art. 208), de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), incluindo as atribuições a serem desenvolvidas pelas políticas de saúde, assistência social, segurança e justiça.

2018	Guia de atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual / DAS/SES	Para acesso ao guia consulte: http://www.atencaobasica-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/201803/26162842-guia-de-atendimento-em-saude-as-pessoas-em-situacao-de-violencia-sexual.pdf Hospitais de Referências para atenção integral às pessoas em situação de violência: Acesso pelo link: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=165&VListar=1&VEstado=43&VMun=&VComp=00&VTerc=00&VServico=165&VClassificacao=001&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=
2018	Nota Técnica de 02/2018 de Atenção ao pré-natal na atenção básica no Rio Grande do Sul	Para acesso a Nota Técnica consulte: http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180743/18164307-cibr251-18.pdf

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Organização de Alexandre de Moraes. 16.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Saúde – Saúde de Adolescentes do Distrito Federal- Portaria SES – DF Nº 335 de 30/12/2013 – DODF nº 2 de 03/01/2014. Elaboração: Denise Leite O. Campos e Sílvia. Renata Magalhães Lordello Borba Santos.

BRASIL. LEI 12.845 DE 1º DE AGOSTO DE 2013. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: março de 2017.

BRASIL. LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005. Disponível: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2011.108-2005?OpenDocument. Acesso em julho 2018.

BRASIL. LEI Nº 13.431, DE 4 DE ABRIL DE 2017. Disponível: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2013.431-2017?OpenDocument. Acesso em: março de 2017.

BRASIL. LEI Nº 6.202, DE 17 DE ABRIL DE 1975. Diário Oficial da União - Seção 1 - 17/4/1975, Página 4473.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

BRASIL. Lei sobre o Planejamento Familiar- Lei 9.263 – 12 de janeiro de 1996.

BRASIL. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Adolescente. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Secretaria de Vigilância. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidando de Adolescentes na Rede Cegonha: orientações básicas para a saúde sexual e reprodutiva, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012.

BRASIL.Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.083, DE 23 DE MAIO DE 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para a Utilização do Levonorgestrel na Anticoncepção Hormonal de Emergência. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_levonorgestrel_anticoncepcao_hormonal_emergencia.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual : perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientações para gestores e profissionais de saúde/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergência:perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. e ampl. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de baixo risco / Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamentos de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação – Geral de Saúde do Adolescente e Jovem. Nota Técnica nº 4. Brasília: 03/04/2017. (eletrônico)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada: MS, 2015. Oficinas do APSUS - Formação e Qualificação do Profissional em Atenção Primária à Saúde - Oficina 8: Saúde Mental. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficina_8_-_Saude_Mental/Caderno_08_Saude_Mental.pdf

BRASIL. PORTARIA Nº 2.068, DE 21 DE OUTUBRO DE 2016. http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Portaria-2068_2016.pdf. Acesso em: julho de 2018.

BRASIL. PORTARIA Nº 485, DE 1º DE ABRIL DE 2014. Ministério da Saúde. Brasília : 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso: em março de 2017.

BRASIL. PORTARIAS Nº 485 E 618/2014 Ministério da Saúde de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) – Serviço nº 165 e suas classificações.
BRASIL. Resolução nº 1.811 de 14/12/2006 / CFM – Conselho Federal de Medicina (D.O.U 17/01/2007).

BRASIL. Rio Grande do Sul. Instrutivo SES – sobre violência sexual e orientações sobre interrupção da gravidez/DAS/SES (2016).

BRASIL. RIO GRANDE DO SUL. Mandado de Notificação e Recomendação. RD. 00739.00107/2011. 2ª Promotoria de Justiça especializada, Canoas, 17 de abril de 2013.

BRASIL. Rio Grande do Sul. Guia de Atendimento em Saúde às Pessoas em Situação de Violência Sexual. 1ª edição Porto Alegre, 2018. Disponível em: <http://www.atencaobasica-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/201803/26162842-guia-de-atendimento-em-saude-as-pessoas-em-situacao-de-violencia-sexual.pdf>. Acesso: em julho de 2018.

BRASIL. Rio Grande do Sul. Política Estadual de Atenção Integral à saúde de Adolescentes – PEAISA - RS. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1295447802765Relat%F3rio%202010.pdf>.

BRASIL. Rio Grande do Sul .Resolução nº 562/12 – CIB/RS.

BRASIL. Rio Grande do Sul. Nota Técnica 02/2018 de Atenção ao pré-natal na atenção básica no Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180743/18164307-cibr251-18.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Fórum Adolescência, Contracepção e Ética – Diretrizes ., 2002. Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Disponível em: www.sbp.com.br/pdfs/adolescencia_contra_etica_diretrizes.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. El embarazo y el aborto en la adolescencia – Informe de una reunion de la OMS – Organización Mundial de la Salud – Série de Informes Técnicos nº 583. Ginebra , 1975.

VENTURA, Miriam. Direitos Reprodutivos no Brasil.3ª edição . Brasília- edição do autor, 2009.