

**GUIA INSTRUTIVO DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

ANGRA DOS REIS • RJ

2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS
Secretaria de Saúde de Angra dos Reis
Superintendência de Atenção à Saúde

**GUIA INSTRUTIVO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA
PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

FICHA TÉCNICA

Créditos, Distribuição e Informações:

Secretário Municipal de Saúde: Glauco Oliveira Fonseca

Superintendente de Assistência a Saúde: Filipe Pereira Borges

Diretora de Saúde Coletiva: Josieli Cano Fernandes

Elaboração:

Área Técnica de Atenção Integral as Pessoas em Situação ou Risco de Violência:

Élida Ferreira

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
1. INTRODUÇÃO	4
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE	4
3. DEFINIÇÃO, TIPOS E NATUREZA DA VIOLÊNCIA	5
4. LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	7
4.1 ACOLHIMENTO	7
4.2 ATENDIMENTO	7
4.3 ATITUDE DO PROFISSIONAL	8
4.4 NOTIFICAÇÃO	8
5. INDICADORES DE PACTUAÇÃO BIPARTITE	11
6. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	12
6.1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	13
6.2 VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA	15
6.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	17
a) Abuso/violência sexual ocorrida há menos de 72 horas	18
b) Abuso/violência sexual ocorrida há mais de 72 horas	19
6.4 PROFILAXIA EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	20
6.5 ALTERNATIVAS LEGAIS FRENTE A GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL	21
7. ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RISCO AO SUICÍDIO	22
7.1 COMO IDENTIFICAR UMA PESSOA SOB RISCO DE SUICÍDIO.....	23
7.2 COMO LIDAR COM O PACIENTE	24
REFERÊNCIAS	26

APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como “um grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos”. Trata-se de um fenômeno complexo, que é fortemente influenciado por fatores sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos (Relatório mundial sobre violência e saúde; OMS Genebra, 2002).

Neste sentido as consequências da violência não se restringem ao campo da saúde, porém afetam de forma significativa, uma vez que muitas vítimas adoecem, apresentam sequelas e demandam assistência de diferentes níveis de atenção à saúde, resultando em altos custos, uma vez que o atendimento da pessoa que sofre violência envolve uma série de ações específicas de cuidado. A mortalidade e a morbidade por causas externas relacionadas às situações de violência têm aumentado em nosso país. Desse modo, surge a necessidade de ampliação da oferta de assistência em todos os níveis de complexidade e principalmente a ampliação de ações de promoção à saúde, com foco na prevenção da violência.

1. INTRODUÇÃO

A violência é um problema que afeta as diferentes camadas sociais, todos os gêneros e faixas etárias, impactando negativamente a qualidade de vida do indivíduo e da comunidade, gerando demandas para os mais diferentes setores como, por exemplo, o social, educacional e de segurança pública.

É comum que a pessoa em situação de violência se sinta envergonhada, fragilizada, e, alguns casos, até mesmo culpada. Por isso, precisa ser acolhida, cuidada, protegida em seus direitos. O cuidado à saúde envolve um conjunto de atitudes e condutas profissionais que deve ser pautado pela ética, pela humanização e pela integralidade na atenção.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em nossa cultura ainda identificamos uma tendência a banalizar e naturalizar as situações de violência, predominando relações estabelecidas pelo poder e força,

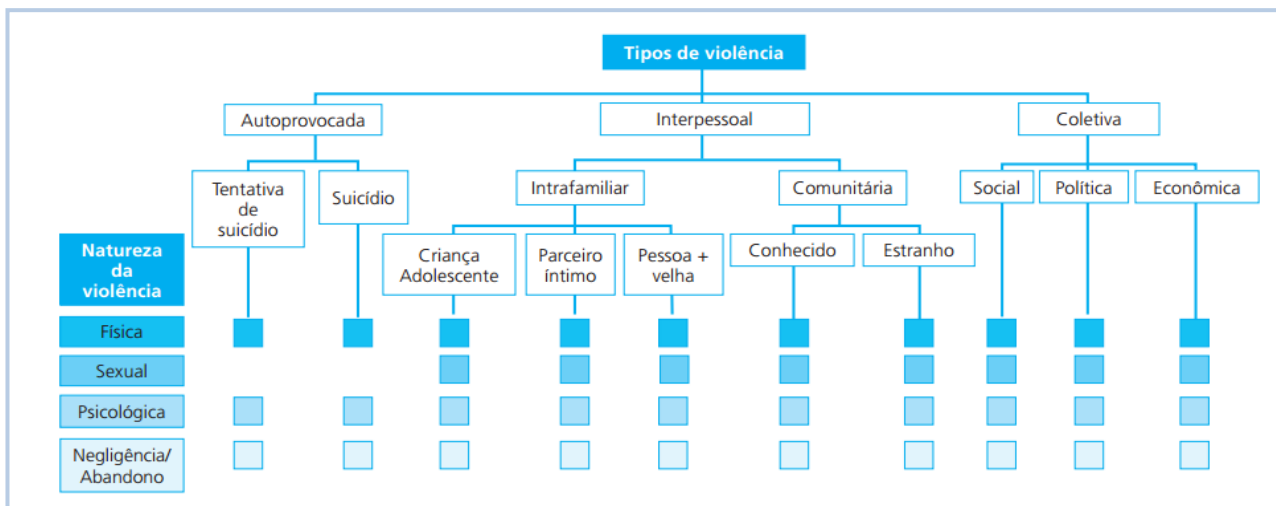
onde a violência é legitimada como instrumento para resolver conflitos. Contudo, percebemos avanços, observando-se um esforço no sentido de criar legislações e políticas que estabeleçam relações mais igualitárias e pacíficas. Neste sentido em 2006, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que destaca a construção de um modelo de atenção que prioriza a qualidade de vida, e inclui ações para a prevenção de violências e estímulo à cultura de paz (BRASIL, 2006b).

3. DEFINIÇÃO, TIPOS E NATUREZA DA VIOLÊNCIA

O Ministério da Saúde adota o conceito de violência utilizado pela Organização Mundial da Saúde, segundo o qual:

Violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p.5).

Utilizamos o modelo proposto pela OMS, que classifica a violência em três grandes categorias, divididas em: Autoprovocada, Interpessoal e Coletiva, conforme o Quadro 1.



Quadro 1

Fonte: (KRUG et al.,2002)

Violência Autoprovocada compreende o suicídio, ideação e tentativas de suicídio, engloba também o conceito de automutilações.

Violência Interpessoal é fruto da interação entre as pessoas, que demonstram dificuldade de resolver conflitos por meio da conversa. É dividida em *violência intrafamiliar* frequente nas relações que envolvem disputas de poder, como por exemplo, entre pais e filhos, homens e mulheres, e entre irmãos; e *violência comunitária* praticada entre indivíduos sem laço de parentesco, conhecidos ou desconhecidos.

Violência Coletiva compreende os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado.

Abordaremos os tipos de violência mais frequentes e nas quais a saúde tem maior possibilidade de intervenção no campo da prevenção e da atenção à saúde das pessoas que sofrem ou praticam essas formas de violência. A seguir, são apresentadas as violências segundo sua natureza:

- a) **Violência Física:** prática de atos violentos, nos quais se faz uso da força física de forma intencional, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento à pessoa, deixando-a ou não com marcas evidentes no corpo.
- b) **Violência Psicológica:** manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem, colocando em risco sua autoestima e desenvolvimento. O bullying e o assédio moral são também são exemplos deste tipo de violência.
- c) **Violência Sexual:** é toda relação de natureza sexual em que a pessoa é obrigada a se submeter, contra sua vontade, por meio de força física, coerção, sedução, ameaça ou influência psicológica, mesmo quando praticada por um familiar. Também é considerada violência quando o ofensor obriga a vítima a realizar estes atos com terceiros.
- d) **Negligência/Abandono:** omissão do cuidado em prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de uma pessoa. Por exemplo: deixar vacinas em atraso; não levar ao médico ou desconsiderar o tratamento; manter crianças fora da escola; não evitar acidentes domésticos previsíveis; falta de supervisão de responsáveis; deixar passar fome; deixar em isolamento; fornecer vestimenta inadequada face às condições ambientais.

4. LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A construção de uma linha de cuidado no campo da violência possibilita organizar os recursos de forma a facilitar o acesso, o cuidado e a proteção à pessoa em situação de violência, induzindo à integração das várias ações desenvolvidas na rede. Permite definir as competências em relação a cada serviço e estabelecer fluxos. Além disso, orienta os profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado quanto ao acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social.

4.1 ACOLHIMENTO

O acolhimento é fundamental no processo de cuidado. Acolher uma pessoa pressupõe uma atitude de abertura, empatia e respeito em relação ao sofrimento humano. Não demanda um profissional específico, mas requer habilidades para manter um espaço de diálogo acolhedor, que possibilite a troca de saberes e a expressão de sentimentos, sem julgamento, sem críticas ou discriminação. Pessoas em situação de violência podem apresentar vivências de medo, ansiedade, vergonha, culpa e desesperança. Desta forma, uma escuta competente e empática no acolhimento facilita muito a abordagem e a continuidade do cuidado.

4.2 ATENDIMENTO

O processo de atendimento das pessoas em situação de violência deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar. Para isso, todos os profissionais devem conhecer as ações e serviços disponíveis oferecidos, não só na unidade, mas em toda a rede de atenção à saúde, bem como outros setores envolvidos no cuidado às pessoas em situação de violência. O sigilo e a privacidade devem ser garantidos por todos os profissionais de saúde que prestam atendimento à vítima de violência.

4.3 ATITUDE DO PROFISSIONAL

- Receber a pessoa de forma discreta, sem alardes que possam constrangê-la;
- Priorizar o atendimento das pessoas em situação de violência, assegurando o sigilo das informações pessoais e a resolutividade;
- Prestar informações objetivas e esclarecer, com calma, as dúvidas da pessoa e de seus familiares. Evitar julgamentos e suposições, no momento do registro das informações prestadas pelas pessoas, por seus familiares e/ou acompanhantes;
- Assumir uma atitude cuidadosa ao tratar as questões referentes à orientação sexual e identidade de gênero em todas as situações;
- Buscar obter o máximo de informações sobre a ocorrência de violência de maneira cuidadosa. É importante não deixar campos em branco ou preenchidos indevidamente com o código ignorado;
- Analisar, e refletir sempre em equipe, as soluções possíveis para as situações de violências suspeitas ou confirmadas. A tomada de decisão das medidas de proteção a serem adotadas em cada caso deve ser sempre em conjunto, apoiada em evidências, após prestar acolhimento e atendimento;
- Registrar os encaminhamentos realizados para outros setores da saúde ou para outros serviços da Rede de Atenção e Proteção.

4.4 NOTIFICAÇÃO

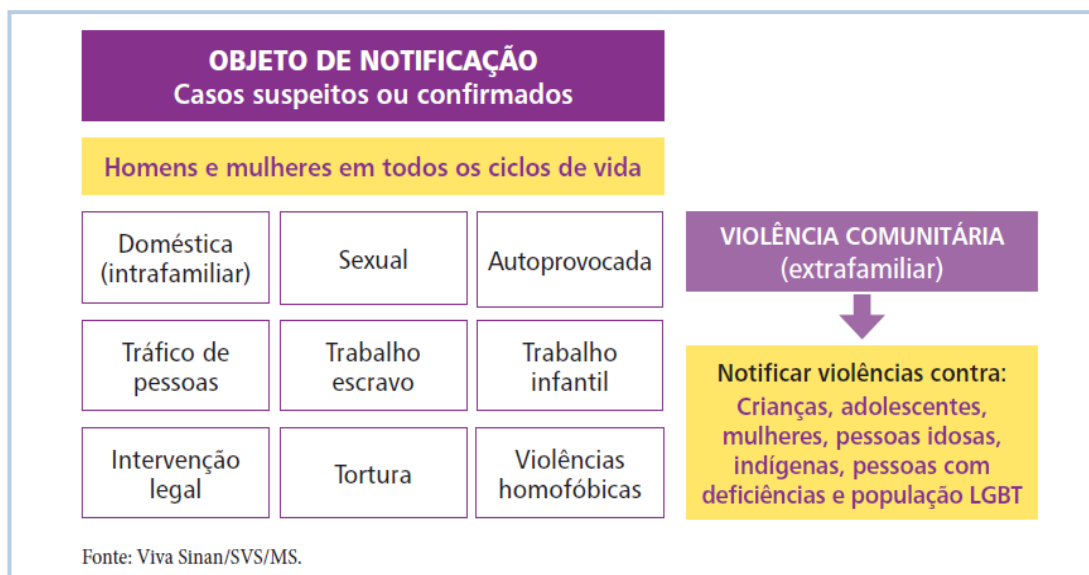
A notificação é uma dimensão da linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência (BRASIL, 2010), que prevê também o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social. Notificar violência na área da Saúde tem os objetivos de conhecer a magnitude e a gravidade das violências interpessoais e autoprovocadas, para que não permaneçam ocultas em espaços domésticos. Por meio das informações colhidas nas notificações é possível compreender a situação epidemiológica desses agravos nos municípios, estados e no país e, assim, obter subsídios para as políticas públicas ligadas à atenção e à prevenção de violências, entre outros. Além disso, dá a possibilidade de intervir nos cuidados em saúde e garantir direitos por meio da rede de proteção e atenção integral

(Protocolo de atendimento às pessoas em situação de violência. Secretaria de Saúde, RJ, 2020).

A notificação deve ser realizada como um instrumento importante de proteção e não de denúncia e punição.

Com a publicação da portaria nº 104/2011 e, posteriormente, da portaria nº 204, de 17/02/2016, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde.

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



- Todo profissional de saúde que suspeitar ou confirmar situação de violência Interpessoal/Autoprovocada deve **PREENCHER A FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA**, comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal, conforme quadro abaixo:

NOTIFICAÇÃO					REGISTRO			
Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FORMULÁRIO	CID-10	
		Imediata (≤ 24 horas) para*						Se ma nal *
		MS	SES	SMS				
46	a. Violência: doméstica e/ou outras violências				X	Sinan NET	Específico	Y09
	b. Violência: sexual e tentativa de suicídio			X		Sinan NET	Específico	Y09

- O responsável pela Unidade de Saúde deve manter toda a equipe ciente deste protocolo, manter cópias do impresso acessíveis na unidade e dar prosseguimento administrativo ao fluxo de tramitação da ficha, que deve ser preenchida em duas vias: uma fica na unidade notificadora, enquanto a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica para digitação e consolidação dos dados.
- **No caso de crianças, adolescentes e idosos:** Sendo a vítima criança ou adolescente, deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme exigência do ECA, uma comunicação do caso (descrição sucinta do que foi preenchido na ficha, com as informações mais relevantes). Em pessoas idosas, conforme determina o Estatuto do Idoso (comunicado do caso às delegacias especializadas, Ministério Público, Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa). O comunicado do caso em forma de relatório sucinto tem sido uma recomendação do Ministério da Saúde, em vez de direcionar aos órgãos citados uma terceira via da ficha de notificação. As comunicações exigidas por lei às instâncias de proteção e responsabilização podem ser feitas em um informe sintético que não identifique o profissional ou o serviço que notificou. Essa medida visa proteger os profissionais que realizam as notificações.

Para orientação quanto ao preenchimento da ficha, o Ministério da Saúde disponibiliza a 2ª edição do Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, MS 2016.

Nos links a seguir, se encontram o instrutivo e a ficha.



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Ficha-Viol-5.1-Final_15.06.15.pdf

5. INDICADORES DE PACTUAÇÃO BIPARTITE

Indicador de Violência: Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com campo raça/cor preenchido com informação válida (Campo 15).

Relevância do Indicador:

A violência é considerada uma questão de saúde pública mundial, o que torna necessária a ampliação de estratégias que interfiram nesse quadro. Nesse contexto, o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA/Sinan), como forma de sistematizar as informações sobre os casos de violências e permitir o cuidado intersetorial às vítimas. Dados gerados por esse sistema são demandados por vários setores do Ministério da Saúde e também por outros ministérios, bem como organizações não governamentais e imprensa. Desse modo, é de suma importância a coleta dessa informação na ficha de notificação de violência, garantindo uma análise fidedigna desse problema de saúde. As características étnico-raciais de uma população constituem-se de variáveis de importância social e epidemiológica no estudo das análises de situação de saúde e, em especial, das desigualdades em saúde. Conhecê-las assume importância estratégica para a promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), na qualidade dos serviços de saúde, na elaboração de políticas públicas e na identificação das doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a sociedade brasileira. Além disso, a informação “cor ou raça/etnia” possibilita ao SUS cumprir um de seus princípios fundamentais, a Equidade, ou seja, o compromisso de oferecer a todos os cidadãos e cidadãs um tratamento igualitário e, ao mesmo tempo, atender às necessidades que cada situação apresenta. É um dado que pode orientar as intervenções nas populações específicas e o aprimoramento do campo raça/cor nos sistemas de informação de saúde, que é de responsabilidade dos trabalhadores e gestores dos serviços de saúde públicos e privados. Sendo assim, é de suma

importância melhorar a qualidade do preenchimento desses dados, em especial do campo raça/cor, que permite melhor caracterização da pessoa que sofreu violência.

META: 95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.

6. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Qualquer profissional de saúde poderá receber o usuário em risco ou situação de violência. Quando não se tratar de demanda espontânea e sim de suspeita, sugerimos que profissionais discutam, monitorem e realizem visitas domiciliares para uma intervenção no caso. Após o acolhimento, estes profissionais realizarão as primeiras orientações e encaminhamentos necessários ao usuário.

Acolhimento	Atendimento	Notificação	Seguimento na rede de cuidado e de proteção social
<p>1) Receber o usuário de forma acolhedora e respeitosa, por qualquer membro da equipe profissional.</p> <p>2) Em caso de suspeita ou confirmação de violência, anexar ficha de notificação ao prontuário.</p> <p>3) Realizar escuta qualificada e proceder aos encaminhamentos necessários.</p> <p>4) Acionar os profissionais para a discussão multidisciplinar do caso e articulação do cuidado.</p>	<p>Realizar consulta e planejamento da conduta para cada caso</p> <p><i>Violência Psicológica</i></p> <p><i>Violência Física/ Negligência/ Abandono</i></p> <p><i>Violência Sexual Autoprovocada</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento e exames necessários • Avaliação psicológica • Acompanhamento terapêutico 	<p>1) Preencher a ficha de notificação de violência</p> <p>2) Encaminhar a ficha para o Sistema de Vigilância em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>3) Comunicar aos órgãos competentes</p> <p>4) Anexar em arquivo na Unidade de Saúde, uma cópia da ficha de notificação, relatórios e comunicados emitidos aos órgãos de proteção</p>	<p>1) O profissional de referência da UBS deve realizar acompanhamento da pessoa em situação de violência até a alta, com planejamento individualizado para cada caso</p> <p>2) Acionar a rede de cuidado e de proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade de cuidados e de proteção, tanto na rede de saúde (Atenção Primária, Hospitais, Unidades de Urgência, CAPS) quanto na rede de proteção social e defesa (CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, DEAM, DP, Escolas, Ministério Público, entre outros)</p>

Fluxograma da Atenção Primária à Saúde da Pessoa em Situação de Violência

6.1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A violência contra a criança e o adolescente, portanto, é um sério problema de saúde pública com raízes históricas, culturais, sociais e políticas. Esse tipo de violência se configura como uma violação dos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que preconiza que nenhuma criança ou adolescente poderá ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Segundo Azevedo e Guerra (2005), violência doméstica contra crianças e adolescentes é todo ato ou omissão praticada por pais, parentes ou responsáveis, sendo capaz de causar danos físico, sexual e/ou psicológico, praticada não apenas por pais, tios ou avós, mas ainda por babás, padrastos, madrastas, entre outros componentes do espaço relacional familiar da criança ou adolescente. Mas não se deve criminalizar as famílias. “Vale lembrar que a parceria nesses casos é fundamental para uma intervenção que proteja as crianças e adolescentes”, sem deixar de lado a responsabilização de possíveis agressores (Orientações para profissionais de saúde, Violência contra crianças e adolescentes).

Diante de uma suspeita de violência, é imprescindível questionar:

1. A lesão está de acordo com o que está sendo relatado?
2. Ela realmente pode ter ocorrido desta forma?
3. A relação temporal está correta?
4. Poderia ter sido provocada por violência intencional?
5. A postura da família está adequada com a gravidade do ocorrido?
6. Houve retardo na busca de auxílio?
7. Existem dados contraditórios na história da lesão?
8. Existe história anterior semelhante?

(Cadernos de Atenção Básica, nº 08 Violência Intrafamiliar - Orientações para prática em serviço; Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília/DF 2002.)

Indicações de que uma criança/adolescente possa ser vítima de violência:

- Mudanças de comportamento
- Problemas de aprendizagem
- Afastamento ou isolamento
- Conhecimento sexual inapropriado para a idade

- Negar-se a voltar para casa e/ou fugir de casa
- Choro sem causa aparente
- Idéias e/ou tentativas de suicídio
- Lesões físicas
- Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)

Dentre as formas de violência contra crianças e adolescentes, a mais perturbadora é, inegavelmente, a violência sexual. A violência sexual repercute na saúde física, desde as infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e na saúde mental das crianças e adolescentes.

Ao suspeitar ou ter a confirmação de uma violência sexual (no período de 72 horas) deve-se:

Encaminhar a vítima ao serviço de referência (Hospital Municipal da Japuíba – HMJ) para as medidas de prevenção das doenças.

Em caso de suspeita e confirmação de outras violências:

- A unidade básica de saúde será responsável pelo acolhimento e cuidados necessários para elaboração do Projeto Singular Terapêutico da vítima e de sua família;
- Conforme a anamnese clínica, exame físico e investigação diagnóstica, a equipe da unidade de saúde poderá referenciar a vítima para outros serviços da rede de saúde;
- Avaliação de risco de danos caso retorne ao contato com o agressor;
- Contato e envio de relatório ao Conselho Tutelar, para adoção de medidas protetivas;
- Referência para o CREAS;
- A vítima e seu responsável deverá ser orientada a se dirigir à DEAM ou 166ª DP para registro de ocorrência;
- A equipe deverá emitir relatório detalhado de todo o atendimento, desde o acolhimento, anamnese, exame físico, exames diagnósticos, conduta, referência, avaliação de risco de danos, contato com órgãos para adoção de medidas protetivas;
- Preencher a ficha de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA e encaminhar a Área Técnica de Atenção Integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência.

6.2 VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA

A Violência Contra a Pessoa Idosa pode ser definida como ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional das pessoas desse grupo etário e impedindo o desempenho de seu papel social.

A prevenção tem como principal objetivo evitar as diversas manifestações da violência contra a pessoa idosa, detectando situações e fatores de risco e a efetiva intervenção nas suas consequências.

Entre as diversas circunstâncias que podem favorecer a Violência Contra a Pessoa Idosa podemos destacar:

- A dependência em todas as suas formas (física, mental, afetiva, socioeconômica);
- Desestruturação das relações familiares;
- Existência de antecedentes de violência familiar;
- Isolamento social;
- Psicopatologia ou uso de dependências químicas (drogas e álcool);
- Relação desigual de poder entre a vítima e o agressor.
- Comportamento difícil da pessoa idosa;
- Alteração de sono ou incontinência fecal ou urinária que podem causar um estresse muito grande ao cuidador.

(Caderno de Violência Contra a Pessoa Idosa. Coordenadoria de Desenvolvimento de Políticas de Saúde - CODEPPS Secretaria Municipal da Saúde SP, 2007.)

Algumas observações feitas durante o atendimento ao idoso podem levar a equipe a suspeitar de maus-tratos:

- abandono ou ausência de cuidador durante longos períodos;
- atividades de risco (cozinhar, mexer com produtos químicos, etc) realizadas pelo idoso sem supervisão de cuidadores;
- conflitos ou crises recentes na família;
- problemas com administração de medicamentos;
- demanda elevada aos serviços de saúde, especialmente de urgência, ou ao contrário, retardo na busca de atendimento médico, quando necessário;
- ansiedade dos familiares ou cuidadores durante as visitas domiciliares ou hospitalizações;

- não trazer os registros médicos anteriores para a consulta;
- presença de lesões sem explicações compatíveis;
- divergência entre a história contada pelo paciente e relato dos responsáveis ou cuidadores; achados radiológicos e laboratoriais incompatíveis com a história do paciente ou relato dos cuidadores;
- ocultar fraturas prévias.

(Cadernos de Atenção Básica, nº 08 Violência Intrafamiliar - Orientações para prática em serviço; Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília/DF 2002.)

Que podemos fazer?

- Sempre que possível, deve-se entrevistar primeiro a pessoa idosa sem a presença do possível agressor;
- Mostrar-se cordial e amável;
- Facilitar a pessoa idosa a oportunidade de falar livremente, sem medos ou represálias;
- Observar atentamente para o comportamento da possível vítima;
- Mostrar interesse pelo caso e disposição para ajudar a encontrar as soluções para as situações de violências vividas;
- Mostrar sensibilidade com os sentimentos da possível vítima.

(Caderno de Violência Contra a Pessoa Idosa. Coordenadoria de Desenvolvimento de Políticas de Saúde - CODEPPS Secretaria Municipal da Saúde SP, 2007.)

Em caso de suspeita e confirmação de violências:

- A unidade básica de saúde será responsável pelo acolhimento e cuidados necessários para elaboração do Projeto Singular Terapêutico da vítima e de sua família;
- Conforme a anamnese clínica, exame físico e investigação diagnóstica, a equipe da unidade de saúde poderá referenciar a vítima para outros serviços da rede de saúde;
- Avaliação de risco de danos caso retorne ao contato com o agressor;
- Comunicar os órgãos de proteção social competentes (delegacias especializadas, Ministério Público e ou Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa)
- Referência para o CREAS;

- A vítima e seu responsável deverá ser orientada a se dirigir à DEAM ou 166ª DP para registro de ocorrência;
- A equipe deverá emitir relatório detalhado de todo o atendimento, desde o acolhimento, anamnese, exame físico, exames diagnósticos, conduta, referência, avaliação de risco de danos, contato com órgãos para adoção de medidas protetivas, para registro na unidade.
- Preencher a ficha de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA e encaminhar a Área Técnica de Atenção Integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência.

6.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Violência contra a mulher é definida na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, como: "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado".

A violência doméstica contra a mulher é a forma mais frequente de violência sofrida pelas mulheres. São atos e comportamentos dirigidos contra a mulher que correspondem a agressões físicas ou sua ameaça, maus tratos psicológicos e abusos ou assédios sexuais, e desrespeito aos seus direitos na esfera da vida reprodutiva ou da cidadania social. Consistem em agressão verbal, física e psicológica cometidas por um membro da família ou pessoa que habite ou tenha habitado o mesmo domicílio.

Apesar da alta magnitude, é raro a violência tornar-se visível. Quando mulheres que estão sofrendo violência procuram os serviços de saúde, dificilmente revelam espontaneamente esta situação. Mesmo quando perguntamos, corremos o risco de não ser revelado este sofrimento. Isso ocorre porque é bastante difícil a mulher falar sobre a violência, bem como não tem sido experiência das mulheres o crédito e o acolhimento diante dessa revelação. A equipe de saúde deve apoiar as mulheres na identificação do problema de violência, proporcionando escuta e acolhimento nas unidades de saúde, com o objetivo de reconhecer situações de risco e traçar medidas preventivas.

Em caso de suspeita e confirmação de violências:

- A unidade básica de saúde será responsável pelo acolhimento e cuidados necessários para elaboração do Projeto Singular Terapêutico da vítima e de sua família;
- Conforme a anamnese clínica, exame físico e investigação diagnóstica, a equipe da unidade de saúde poderá referenciar a vítima para outros serviços da rede de saúde;
- Avaliação de risco de danos caso retorne ao contato com o agressor;
- Referência para o CREAS;
- A vítima deverá ser orientada a se dirigir à DEAM para registro de ocorrência;
- A equipe deverá emitir relatório detalhado de todo o atendimento, desde o acolhimento, anamnese, exame físico, exames diagnósticos, conduta, referência, avaliação de risco de danos, contato com órgãos para adoção de medidas protetivas;
- Preencher a ficha de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA e encaminhar a Área Técnica de Atenção Integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência/SSA.

a) Abuso/violência sexual ocorrida há menos de 72 horas

A vítima deverá ser acolhida e a seguir referenciada para o HMJ, (Hospital Municipal da Japuiba) a fim de realizar o atendimento no menor espaço de tempo possível, para início da profilaxia das ISTs, AIDS e gravidez.

Caso haja a indicação de profilaxia das ISTs, AIDS e gestação, a equipe do HMJ vai iniciar a terapia e fazer a dispensação dos medicamentos e encaminhar para o ambulatório IST/AIDS, conforme quadro a seguir:

Adolescentes e Adultos

- *Até a PRÓXIMA SEGUNDA-FEIRA ÚTIL, e deverá entregar também o FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA para o Ambulatório de IST/AIDS, no horário de 09h00min às 11h30min/ 14h00minh as 16h00min, OU*
- *Até a PRÓXIMA QUARTA-FEIRA ÚTIL, e deverá entregar também o FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA para o Ambulatório de IST/AIDS, no horário de 09h00min as 11h30min.*

Crianças

- *Até a PRÓXIMA TERÇA-FEIRA ÚTIL, e deverá entregar também o FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA para o Ambulatório de IST/AIDS, no horário de 14h00min as 16h30min.*

- Deverá ainda orientar a vítima e sua família sobre a importância de continuidade desta terapia até o 28º dia através do ambulatório de IST/AIDS, para o qual procederá a referência formal da vítima;
- Conforme a anamnese clínica, exame físico e investigação diagnóstica a equipe do HMJ poderá referenciar a vítima para outros serviços da rede de saúde;
- A equipe deverá emitir relatório detalhado de todo o atendimento, desde o acolhimento, anamnese, exame físico, exames diagnósticos, conduta, referência, avaliação de risco de danos, contato com órgãos para adoção de medidas protetivas;
- A vítima deverá ser referenciada para a unidade básica de saúde responsável pelo seu cuidado, para prosseguimento dos cuidados necessários e elaboração do Projeto Singular Terapêutico da vítima e de sua família;
- Avaliação de risco de danos caso retorne ao contato com o agressor;
- Contato e envio de relatório ao Conselho Tutelar se couber, para adoção de medidas protetivas;
- Em caso de idosos comunicar os órgãos de proteção social competentes;
- Referência para o CREAS;
- A vítima deverá ser orientada a se dirigir à DEAM ou 166ª DP para registro de ocorrência;
- Preencher a ficha de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA e encaminhar a Área Técnica de Atenção Integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência.

b) Abuso/violência sexual ocorrida há mais de 72 horas

- Vítima deverá ser acolhida, iniciar cuidados necessários de acordo com o protocolo;
- A unidade básica de saúde será responsável pela investigação diagnóstica das ISTs, AIDS e gravidez, cuidados necessários e elaboração do Projeto Singular Terapêutico da vítima e de sua família;
- Conforme a anamnese clínica, exame físico e investigação diagnóstica, a equipe da unidade de saúde poderá referenciar a vítima para outros serviços da rede de saúde;
- A equipe deverá emitir relatório detalhado de todo o atendimento, desde o acolhimento, anamnese, exame físico, exames diagnósticos, conduta, referencia,

avaliação de risco de danos, contato com órgãos para adoção de medidas protetivas;

- Avaliação de risco de danos caso retorne ao contato com o agressor;
- Contato e envio de relatório ao Conselho Tutelar se couber, para adoção de medidas protetivas;
- Em caso de idosos comunicar os órgãos de proteção social competentes;
- Referência para o CREAS;
- A vítima deverá ser orientada a se dirigir à DEAM ou 166ª DP para registro de ocorrência;
- Preencher a ficha de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA e encaminhar a Área Técnica de Atenção Integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência.

Quanto à violência sexual, justifica-se a inclusão desse agravo na lista de agravos de notificação imediata, considerando a importância de tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de saúde, bem como tratamento e profilaxias.

6.4 PROFILAXIA EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Profilaxia das IST

Deve-se optar, preferencialmente, pela via parenteral para administração dos antibióticos para profilaxia das IST não virais, os quais devem ser administrados no primeiro dia de atendimento.

***Esquema a ser adotado preferencialmente:
penicilina benzatina + ceftriaxona +
azitromicina***

A quimioprofilaxia antirretroviral para prevenção da infecção pelo HIV é recomendada em todos os casos em que houver penetração vaginal e/ou anal, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido. Este atendimento deve ser considerado uma emergência médica e a profilaxia deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas, tendo como limite máximo 72 horas após a ocorrência da violência. A avaliação do status sorológico e o aconselhamento para testagem da pessoa exposta devem ser realizados em situações

de exposições consideradas de risco, preferencialmente com as metodologias de Teste Rápido, cujo resultado é obtido em torno de 20 minutos. Além disso, o status da pessoa fonte, sempre que possível, deve ser conhecido. A PEP não é indicada quando a pessoa exposta já se encontra infectada pelo HIV (infecção prévia à exposição) ou quando a infecção pelo HIV pode ser descartada no agressor.

Quando indicado o esquema com os ARV, ele deve ser mantido por 28 dias consecutivos, sem interrupção. A equipe deve reforçar a necessidade de adesão aos ARV e encaminhar a vítima de violência para Unidade de Atenção Básica e/ou ambulatório de Aids, conforme organização do serviço, para realizar o seguimento clínico, conforme o protocolo da profilaxia pós exposição ao HIV.

Os medicamentos devem ser prescritos conforme avaliação médica do tipo de violência e grau de exposição a que foi submetida a vítima, conforme critérios estabelecidos na *Norma sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, elaborado pelo Ministério da Saúde.

Imunoprofilaxia para hepatite B

As vítimas de violência sexual que foram imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB); as vítimas não imunizadas, ou que desconhecem seu status vacinal, devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, considerando o intervalo de um e seis meses.

6.5 ALTERNATIVAS LEGAIS FRENTE A GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

De acordo com a *Norma Técnica de Prevenção dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes* (Ministério da Saúde, 2011), estudos apontam que, dentre as consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. Nessas situações, a *Norma Técnica* prevê que a mulher ou a adolescente e seus representantes legais devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde.

Caso a mulher opte por levar a gestação a termo, ela deve receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem desde a

escolha em permanecer com a futura criança ou recorrer aos mecanismos legais de adoção. Caso a opção seja pela interrupção da gravidez, a informação sobre o procedimento e sobre os serviços disponíveis para a sua realização é um direito da mulher ou adolescente e seus representantes legais. De acordo com o artigo 128, inciso II, do Código Penal brasileiro, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual. Nesse momento a gestante deverá ser encaminhada para a unidade de referência Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena para realização do atendimento e procedimento previsto em lei.

7. ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RISCO AO SUICÍDIO

Segundo o Ministério da Saúde, todos os anos, o suicídio aparece entre as 20 principais causas de morte em todo o mundo para pessoas de todas as idades. É responsável por mais de 800.000 mortes, o que equivale a um suicídio a cada 40 segundos. O suicídio está entre as três maiores causas de morte entre pessoas com idade entre 15-35 anos. Cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas. O impacto psicológico, social e financeiro do suicídio em uma família e comunidade é imensurável. Como um sério problema de saúde pública, este demanda nossa atenção, mas sua prevenção e controle, infelizmente, não são uma tarefa fácil.

Os profissionais das equipes de saúde da Atenção Básica por estarem em contato mais próximo com a comunidade, tem um papel muito importante. A equipe de saúde deve acolher o usuário, demonstrando empatia e evitar o julgamento. A escuta qualificada, contribui para a construção de um vínculo terapêutico. Devem-se evitar interrupções frequentes, e comentários invasivos.

Para medidas de prevenção, é importante que todos profissionais fiquem atentos aos sinais que indicam que uma pessoa possa estar vulnerável à tentativa de suicídio. A tentativa de suicídio representa a expressão trágica de um processo de crise em que a pessoa não encontra saída para seus problemas e conflitos.

É importante também trabalhar em parceria com profissionais de outros setores: educação, segurança pública, assistência social, e com a população em geral, com vistas a prevenir e minimizar o impacto social do suicídio.

7.1 COMO IDENTIFICAR UMA PESSOA SOB RISCO DE SUICÍDIO

1. Comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos
2. Doença psiquiátrica
3. Alcoolismo
4. Ansiedade ou pânico
5. Mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia
6. Mudança no hábito alimentar e de sono
7. Tentativa de suicídio anterior
8. Odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha
9. Uma perda recente importante – morte, divórcio, separação, etc.
10. História familiar de suicídio
11. Desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, etc.
12. Sentimentos de solidão, impotência, desesperança.
13. Cartas de despedida
14. Doença física
15. Menção repetida de morte ou suicídio

Não é fácil perguntar para uma pessoa sobre sua ideação suicida. Algumas questões úteis são:

- Você se sente triste?
- Você sente que ninguém se preocupa com você?
- Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida?

(Prevenção do Suicídio: Um manual para Profissionais de Saúde em Atenção Primária, OMS, Genebra 2000.)

Todas essas questões precisam ser perguntadas com cuidado, preocupação e compaixão.

Desde o início procurar estabelecer um vínculo empático que garanta a confiança e a colaboração do paciente, pois este pode ser um momento em que ele se encontra enfraquecido, hostil e nem sempre se mostra disposto a colaborar. Devem-se respeitar as condições emocionais e a situação o que levou a pensar sobre suicídio, sem julgamento moral em uma atitude de acolhimento.

7.2 COMO LIDAR COM O PACIENTE

- Oferecer apoio emocional.
- Trabalhar sobre os sentimentos suicidas. Quanto mais abertamente a pessoa fala sobre perda, isolamento e desvalorização, menos turbulentas suas emoções se tornam. Quando a turbulência emocional cede, a pessoa pode se tornar reflexiva. Este processo de reflexão é crucial, ninguém senão o indivíduo pode revogar a decisão de morrer e tomar a decisão de viver.
- Focalize na força positiva da pessoa, fazendo-a falar como problemas anteriores foram resolvidos sem recorrer ao suicídio.
- Mantenha em acompanhamento na unidade básica de saúde para supervisão do caso.
- Em caso de a pessoa ter um plano definido, ter os meios para fazê-lo, e planeja fazê-lo imediatamente, entre em contato e encaminhe-a para um profissional de saúde mental, ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou a um médico.

Em caso de tentativa de suicídio, a vítima deverá ser acolhida no SPA ou HMJ, que deverá proceder da seguinte forma:

- Acolhimento;
- Anamnese clínica;
- Exame físico;
- Estabilização clínica;
- Investigação diagnóstica oportuna;
- Avaliação em conformidade com os protocolos da saúde mental, e referenciar para um dos **CAPS** da rede e emitir relatório sobre o atendimento, hipótese diagnóstica, conduta e referência;
- Acionar o serviço social de plantão, que deverá proceder anamnese, contatar a família, assistir o paciente em parceria com a saúde mental, encaminhando relatório posteriormente, para o CAPS referenciado;
- Este paciente só poderá ter alta em companhia de familiar ou pessoa que se responsabilize pelo prosseguimento do acompanhamento pelo CAPS;
- Referência para serviço especializado ou internação, se couber;
- Referenciar para a unidade básica de saúde responsável pelo cuidado da vítima e sua família;

- Preencher a ficha de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA e encaminhar a Área Técnica de Atenção Integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência.

A notificação da tentativa de suicídio deve ser imediata, considerando a importância da tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir um novo caso, uma vez que há risco de vida inerente. Em se tratando de unidade de saúde que atendeu a pessoas nessa condição, é imprescindível, caso haja possibilidade, inserção imediata na rede de cuidado, além da notificação para o município.

REFERÊNCIAS

Portaria MS/GM nº 737/2001 - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Portaria MS/GM nº 1.968/2001 - estabelece a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS;

Lei nº 10.778/2003 - que estabelece a notificação compulsória em caso de violência contra a mulher nos serviços de saúde públicos ou privados;

Lei nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso - que determina a comunicação obrigatória pelos profissionais de saúde aos órgãos competentes, dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra os idosos;

Portaria MS/GM nº 936/2004 - implantação/implementação dos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde;

Portaria MS/GM nº 687/2006 - Política Nacional de Promoção da Saúde;

Portaria MS/GM nº 1.356/2006 - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA);

Portaria MS/GM nº 1.876/2006 - Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio;

Lei Nº 13.819/2019 - Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio;

Portaria MS/GM nº 1.600/2011 - Política Nacional de Atenção às Urgências;

Portaria GM/MS nº 204/2016 - Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública;

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 nº 11.340/2006 - cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher;

Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Ministério da Saúde, 2011;

Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Ministério da Saúde, 2012;

Lei nº 12.845/2013 que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

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

Portaria MS nº 344/2017 - Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde

Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovoçada. Ministério da Saúde, 2016

Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Organização Mundial da Saúde, GENEBRA, 2000

Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde" Ministério da Saúde, 2010

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV" Ministério da Saúde, 2015

Portaria nº 936/2004 – Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (PVPS) e criação dos núcleos estaduais e municipais

“Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas” Ministério da Saúde, 2017
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf

Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Ministério da Saúde, 2006 https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf

AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. A. Infância e Violência Doméstica: módulo 1A/B do Telecurso de especialização em Violência Doméstica contra Criança e Adolescentes. LACRI/IPUSP/USP, São Paulo, 2005.

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, BELÉM DO PARÁ, BRASIL, 1994.