

Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Interpessoal / Autoprovocada

**SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE
LONDRINA - PR
- 2016 -**





PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITO

ALEXANDRE KIREEFF

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

GILBERTO MARTIN

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

SIMONE RODRIGUES GONÇALVES

GERÊNCIA DE PROGRAMAS DE SAÚDE

LILIAN DE FÁTIMA MACEDO NELESSEN

LONDRINA

2016.

EQUIPE RESPONSÁVEL

ORGANIZADORA

Eni do Carmo de Souza

AUTORA

Eni do Carmo de Souza

COLABORADORES

Angela Maria Gruener Lima- Enfermeira - DSCS/AMS
 Claudia Prando- Enfermeira - DVS/AMS
 Jan Walter Stegmann - Médico Infectologista – CIDI/AMS
 Jaqueline Dario Copobianco - Infectologista pediatra - HURNPr
 Lillian M.Consolin Poli de Castro - Enfermeira - DAPS/AMS
 Lillian de Fátima Macedo Nellessen - Enfermeira - DAPS/AMS
 Mohamad El Kadri- Médico Pediatra - DUES/AMS

Renato Mikio Morya - Médico pediatra AML/HURNPR
 Sérgio Vitório Canavese - Assessor médico DAPS/AMS
 Simone Garani Narciso - Infectologista pediatra-DVS/AMS
 Elisa Yukie Shiki Ichikawa - Assistente Social/mas

APOIO ADMINISTRATIVOS

Amanda Castanha de Souza
 Ana Paula Bastos André
 Anna Luiza Ferreira de Oliveira
 Anderson Rodrigo Nicoladelli Nobre

VALIDADORES

Conselho de Saúde da Região Sul de Londrina - Maria Osvaldina Mello Oliveira
 Conselho Regional de Enfermagem - COREN - Janaina Mazzer Salinet
 Diretoria de Atenção Primária à Saúde/AMS - Lillian De Fatima Macedo Nellessen
 Diretoria de Atenção Primária à Saúde/AMS - Lillian Mara Consolin Poli
 Diretoria de Atenção Primária à Saúde/AMS - Suely Tsuha Massaoka
 Pronto Atendimento Infantil/AMS - Maria Angelica Lopes De O. Roque
 Diretoria de Vigilância Sanitária/AMS - Claudia Prando Dias Lyvio
 Diretoria de Regulação e Auditoria em Saúde - Maria Fatima Akemi Iwakura Tomimatsu
 Diretoria de Serviços Complementares de Saúde/AMS - Angela Maria Gruener Lima
 Diretoria de Regulação e Auditoria em Saúde - Sergio Vitorio Canavese
 Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde/AMS - Eduardo Cristofoli Silva
 Unidade de Pronto Atendimento/AMS - Nilcelia Feliciano
 Hospital do Coração - Andréa Tognon Tomezak
 Hospital Universitário - Margarida de Fátima Fernandes Carvalho
 Hospital Universitário - Jaqueline Copobianco
 Hospital Universitário - Maria Lucia Maximiano
 Hospital Universitário - Renato Mikio Moriya
 Instituto Médico Legal - Cristiane F. de Souza
 Maternidade Municipal de Londrina/MAS - Ana Olympia Velloso Marcondes Dornellas
 NUMAPE - Carolina Beatriz Camargo
 Policlínica Municipal/AMS - Marly Aparecida Scandelai Coronado
 Pronto Atendimento Adulto/AMS - Glaucia Elaine Sazaka
 Santa Casa de Londrina - Sabine Jenal (Ir. Lorena)
 Secretaria Municipal de Assistência Social - Tércia L. A. Oliveira
 Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres - Lucimar Silva
 Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres - Sueli Galhardi
 Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres - Raquel Albuquerque
 Secretaria Municipal do Idoso - Maria Barroso

Produção, distribuição e informações:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA

Superintendência - Gilberto Berguio Martin

Diretoria – Simone Rodrigues Gonçalves

Endereço:

Av. Theodoro Victorelli, 103

CEP: 86027-750

Telefone (43) 3372-9825

E-mail: das@asms.londrina.pr.gov.br

Site: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/Protocolo_violencia

1ª. Edição 2016.

CAPA/CONTRACAPA: Marcelo Ribeiro Máximo - Artes Gráficas/Núcleo de Comunicação/PML

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Bibliotecária Zoraide Gasparini CRB/9 1529

L838p	LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde Protocolo de atendimento as pessoas em situação de violência interpessoal, provocada/ Eni do Carmo de Souza, Jaqueline Dario Copobianco (col.)...[et all] – Londrina : SMS. 2016. 177 p. il. color. 1. Saúde Pública. 2. Violência - provocada. 3. Bullying. I. Secretaria Municipal de Saúde. II. Título. CDD – 614
-------	--

FLUXOGRAMA 1 - Atendimento a Crianças Menores 12 Anos Vítima de Violência Interpessoal/Autoprovocada.....	97
FLUXOGRAMA 2 - Atendimento a Adolescentes de 12 a 18 Anos Vítima de Violência Interpessoal/Autoprovocada.....	98
FLUXOGRAMA 3 - Atendimento a Mulher em Situação de Violência Interpessoal/Autoprovocada..	100
FLUXOGRAMA 4 - Atendimento ao Homem em Situação de Violência Interpessoal /Autoprovocada	102
FLUXOGRAMA 5 - Atendimento a Pessoa Idosa Maior de 60 Anos em Situação de Violência Interpessoal /Autoprovocada	104
FLUXOGRAMA 6 - Realização do Teste Rápido ou Sorologia HIV.....	114
FLUXOGRAMA 7 - Realização do Teste Rápido ou Sorologia Sífilis	115
FLUXOGRAMA 8 - Realização do teste rápido ou sorologia hepatite B.....	116
FLUXOGRAMA 9 - Realização do teste rápido ou sorologia hepatite C	117
FLUXOGRAMA 10 - Acompanhamento da pessoa após violência sexual no ambulatório de referência- exame HIV	135
FLUXOGRAMA 11 - Acompanhamento da pessoa após violência sexual no ambulatório de referência- exame sífilis	136
FLUXOGRAMA 12 - Acompanhamento da pessoa após violência sexual no ambulatório de referência- exame hepatite B	137
FLUXOGRAMA 13 - Acompanhamento da pessoa após violência sexual no ambulatório de referência- exame hepatite C	138

Figura 1- Tipos e natureza das principais violências.....	39
Figura 2 - Repercussões na Saúde Associadas à Violência Contra as Mulheres	72
Figura 3 - Representação das relações no ecomapa:.....	158

Quadro 1 - Principais sinais de <i>bullying</i>	44
Quadro 2 - Fatores que podem influenciar a aceitação da gestação	56
Quadro 3 - Sinais de não aceitação da gestação, vulnerabilidade à violência e ações dos profissionais no pré-natal.	57
Quadro 4 - Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade a violência detectados no parto e puerpério e ações dos profissionais.	58
Quadro 5 - Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade a violência nos primeiros anos de vida e ações dos profissionais.	60
Quadro 6 - Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade a violência na infância e ações dos profissionais	62
Quadro 7 - Características da Infância e Adolescência e Ações dos pais para Prevenção da violência.....	63
Quadro 8 - Indicadores de Violência contra Criança e Adolescente.....	65
Quadro 9 - Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade para violência contra a Mulher e Ações dos profissionais	69
Quadro 10 - Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade para violência contra o homem	74
Quadro 11 - Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade a violência na velhice e ações dos profissionais	76
Quadro 12 - Sinais de Violência contra a pessoa idosa.....	77
Quadro 13 - Plano de Segurança a pessoa em situação de violência	87
Quadro 14 - Parâmetros de cor pele após violência física.....	94
Quadro 15 - Acolhimento com Avaliação, Classificação de Risco a Criança e Adolescente em Situação de Violência*	96
Quadro 16 - Acolhimento Com Avaliação, Classificação de Risco a Mulher em Situação de Violência Interpessoal/Autoprovocada*	99
Quadro 17 - Acolhimento Com Avaliação, Classificação De Risco Ao Homem Em Situação De Violência Interpessoal /Autoprovocada*	101
Quadro 18 - Acolhimento com Avaliação, Classificação de Risco ao Idoso em Situação de Violência Interpessoal /Autoprovocada*	103
Quadro 19- Resumo condutas específicas em casos de violência sexual	109
Quadro 20 - Abordagem aos resultados dos exames realizados em situação de violência sexual realizados nos serviços de urgência e emergência.	113
Quadro 21 - Tratamento da Sífilis Adquirida	115
Quadro 22 - Orientações para coleta exame pericial de conjunção carnal no IML- Londrina	119
Quadro 23 - Risco de infecção HIV em exposição sexual	120
Quadro 24 - Situações que indicam ou não uso ARV	121
Quadro 25 - 1ª. Escolha de regime de administração ARV para crianças - Tempo 4 semanas:.....	122
Quadro 26 - 1ª. Escolha de regime de administração ARV para Adolescentes > 12 anos e Adultos- Tempo 4 semanas:	123

Quadro 27 - 1ª. Escolha de regime de administração ARV para Gestantes- Tempo 4 semanas:.....	Erro! Indicador não definido.
Quadro 28 - Indicação da quimioprofilaxia DST'S não viral após violência sexual*	125
Quadro 29 - Quimioprofilaxia das DSTs não virais para crianças, adolescentes, gestantes e adultos	126
Quadro 30 - Regime de administração da contracepção de emergência.....	128
Quadro 31 - Atribuições do Assistente Administrativo no Ambulatório de Referência	
Referência Referência	129
Quadro 32 - Acompanhamento laboratorial pós-violência sexual.....	133
Quadro 33 - Situações que Indicam ou não o uso imunoprofilaxia contra Hepatite B.....	139
Quadro 34 - Regime de administração imunoprofilaxia contra hepatite B pós violência sexual	140
Quadro 35 - Interpretação dos marcadores hepatite B	141
Quadro 36 - Situações crônicas resultados de violência que demandam assistência	142
Quadro 37 - Esquema para profilaxia do tétano (imunização ativa e passiva) em caso de ferimento	148
Quadro 38 - Fatores de risco ao suicídio.....	151
Quadro 39 - Mitos e verdades para os Profissionais de saúde diante de pessoa com idéias suicidas.....	156
Quadro 40- Classificação e manejo de situações que envolvam intenção suicida	160
Quadro 41 - Resumo das ações em caso de tentativa e/ou ideação suicida	161
Quadro 42 - Pontos de atenção para enfrentamento à violência no município de Londrina.	171

Lista de Abreviaturas e Siglas

3 TC - Lamivudina

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Anti HCV - Anticorpos produzidos contra antígenos do vírus da Hepatite C

Anti-HBC - Anticorpos produzidos contra antígenos do vírus da Hepatite B

ARV - Anti-retroviral

ALT - Alanina aminotransferase, exame bioquímico para avaliação da função hepática, antigamente denominado de TGP

AST- Aspartato aminotransferase, exame bioquímico para avaliação da função hepática, antigamente denominado de TGO

AZT - zidovudina

Beta-HCG - beta gonadotrofina coriônica (B-hCG)

BO - Boletim de ocorrência

CAF - Central de Abastecimento farmacêutico

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

CE - Contracepção de emergência

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIDI - Centro Integrado de Doenças Infecciosas

CVV - Centro de Valorização da Vida

DAPS - Diretoria de Atenção Primária à Saúde

DFC- Dose fixa combinada

DNA – Ácido desoxirribonucleico

D4T - Estavudina

DST - Doença sexualmente transmissível

DSCS - Diretoria de Serviços Complementares de Saúde

DUES - Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde

FPV - Fosamprenavir

FPV/r - Fosamprenavir com ritonavir

GI - Gestação Indesejada

GNP - Gestação não planejada

PS - Pronto socorro

HBsAg - Antígeno de superfície do vírus da hepatite B

HCV - Vírus da Hepatite C

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IGHAHB - Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B

IgM - Primeira Imunoglobulina produzida em resposta a infecções bacterianas e virais.

IM - Intra muscular

IML - Instituto Médico Legal

IP/r - Inibidor da protease adicionado de ritonavir

ITRN - inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa

LPV - Lopinavir

LPV/r - Lopinavir /Ritonavir

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAI - Pronto Atendimento Infantil

PAM - Pronto Atendimento Adulto

RTV - Ritonavir

SCQ - Superfície corporal queimada

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TGO - Transaminase Glutâmico-oxalacética, o mesmo AST (aspartato aminotransferase), exame bioquímico para avaliação da função hepática

TGP - aminotransferase glutâmico-pirúvica o mesmo que ALT (alanina aminotransferase), exame bioquímico para avaliação da função hepática

TDF - Tenofovir

TR - Teste rápido

UBS - Unidade Básica de Saúde

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

VS - Violência Sexual

ZDV - Zidovudina

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	31
2	ATRIBUIÇÕES COMUNS E ESPECÍFICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	32
2.1	Atribuições Comuns a Todos os Profissionais de Saúde	32
2.2	Atribuições Específicas dos Profissionais de Saúde	33
2.2.1	Assistente Administrativo	33
2.2.2	Agente Comunitário de Saúde	33
2.2.3	Assistente Social e Psicólogo	34
2.2.4	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	35
2.2.5	Enfermeiro	35
2.2.6	Farmacêutico.....	36
2.2.7	Médico	37
2.2.8	Equipe Odontológica, Educador Físico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Outros	38
3	CLASSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA.....	39
3.1	Classificações Quanto ao Tipo das Violências	39
3.1.1	Violência autoprovocada.....	39
3.1.2	Violência Interpessoal	40
3.1.3	Violência Coletiva	40
3.2	Classificação Quanto a Natureza das Violências.....	41
3.2.1	Violência Física	41
3.2.2	Violência Psicológica.....	42
3.2.3	Violência Sexual.....	44
3.2.4	Negligência.....	47
3.2.5	Violência Institucional.....	48
3.2.6	Outras Formas de Violência.....	49
3.3	Diferença Entre Acidente e Violência	50
4	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA	51

4.1	Promoção de Vínculos e Fortalecimento da Resiliência.....	51
4.1.1	Fatores que Interferem na Resiliência.....	52
4.1.2	Atitudes dos Profissionais de Saúde Para Fortalecer a Resiliência.....	52
4.2	Promoção da Saúde e Prevenção de Violências Contra a Criança e Adolescente	53
4.2.1	Os Fatores de Risco e Vulnerabilidade	54
4.2.2	Prevenção de Violências na Gestação.....	54
4.2.3	Prevenção de Violências no Parto e no Puerpério.....	57
4.2.4	Prevenção de Violência nos Primeiros Anos de Vida	59
4.2.5	Prevenção de Violência ao Longo da Infância e Adolescência.....	60
4.2.6	Indicadores de Violência contra Criança e Adolescente	64
4.3	Promoção da Saúde e Prevenção de Violências Contra a Mulher.....	66
4.3.1	Ciclo de Violência Doméstica.....	66
4.3.2	Perfil do Agressor.....	68
4.3.3	Fatores de Risco ou Sinais de Vulnerabilidade para Violência contra a Mulher e Ações dos Profissionais.....	69
4.3.4	Indicadores de Violência contra Mulher.....	69
4.3.5	Barreiras para a Detecção de Violência Doméstica	70
4.3.6	Repercussões na Saúde Associadas à Violência Contra as Mulheres.....	71
4.4	Promoção da Saúde e Prevenção de Violências Contra Homens	73
4.4.1	Aspectos Gerais e Sociais	73
4.5	Promoção da Saúde e Prevenção de Violências Contra a Pessoa Idosa.....	74
4.5.1	Fatores de Risco e Sinais de Vulnerabilidade a Violência contra Idoso	75
4.5.2	Sinais de Violência Contra a Pessoa Idosa.....	77
4.6	Prevenção da Violência na Família e na Comunidade	78
4.6.1	Ações Clínicas e Educativas dos Profissionais para Prevenção da Violência na Família e na Comunidade.....	79
4.7	Fatores de Proteção da Violência	80
5	NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO CLÍNICO	82
5.1	Acolhimento	82

5.1.1	Competência Resolutiva	82
5.1.2	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR).....	82
5.2	Formas de Abordagem à Pessoa em Situação de Violência.....	85
5.2.1	Identificando a Pessoa em Situação de Violência.....	86
5.3	Proteção.....	87
5.4	Intervenção	87
5.5	Prevenção	88
5.6	Aspectos Legais do Atendimento em Casos de Violência.....	88
5.6.1	Notificação.....	88
5.6.2	Sigilo.....	89
5.6.3	Objecções para Atendimento.....	89
5.6.4	Prioridade no Atendimento.....	90
5.6.5	Boletim de Ocorrência.....	90
5.6.6	Nova Definição Estupro	90
5.6.7	Aspectos Legais da violência contra Criança e Adolescente.....	91
5.6.8	Aspectos Legais na Violência contra a Mulher.....	92
5.7	Diagnóstico Diferencial da Violência	93
5.8	Fluxogramas de Atendimento de Acordo com O Acolhimento, Avaliação e a Classificação de Risco (AARC) à Pessoa em Situação de Violência.....	96
6	CONDUTAS GERAIS E ESPECÍFICAS DE ACORDO COM A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	105
6.1	Violência Sexual	105
6.1.1	Condutas Gerais de Atendimento a Pessoa em Situação de Violência Sexual	106
6.1.2	Condutas Específicas em Caso de Violência Sexual.....	108
6.1.3	Acompanhamento Ambulatorial a Pessoas Vítimas de Violência Sexual.....	129
6.1.4	A Gravidez Decorrente da Violência Sexual.....	143
6.2	Violência Física.....	146
6.2.1	Condutas Gerais em casos de Violência Física	147

6.2.2	Conduas Específicas da Violência física	147
6.3	Violência Psicológica / Negligência	149
6.4	Violência Patrimonial	149
6.5	Violência Autoprovocada	150
6.5.1	Fatores de Risco Para o Suicídio	151
6.5.2	Aspectos Psicológicos no Suicídio	152
6.5.3	Utilizando a Anamnese ou História “Psi” como Ferramenta para Abordagem a Pessoa com Ideação Suicida	153
6.5.4	Mitos e Verdades para os Profissionais de Saúde diante de Pessoa com Idéias Suicidas	156
6.5.5	A abordagem a Situações de Risco para Violência Autoprovocada	157
6.5.6	Classificação e Manejo de Situações que Envolvam Intenção Suicida	159
6.5.7	Ações Gerais dos Profissionais em Casos de Tentativa e/ou Ideação Suicida Abaixo algumas das ações que o profissional de saúde deve ou não ter diante de uma pessoa com ideação suicida.....	160
6.5.8	Cuidados no Encaminhamento para Equipe de Saúde Mental.....	161
6.5.9	Recursos Diversos para o Cuidado a Pessoa em Risco de Tentativa e/ou Ideação Suicida	162
7	REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	163
7.1	Os Pontos de Atenção da Rede de Atendimento à Pessoa em Situação de Violência.....	164
7.1.1	Serviços da Atenção Primária à Saúde	164
7.1.2	Serviços de Atenção Especializada, Urgência e Emergência.....	165
7.1.3	Serviços de Saúde Mental	166
7.1.4	Serviços Estratégicos de Apoio à Gestão.....	168
7.1.5	Rede intersetorial	168
7.1.6	Sistema Único da Assistência Social (SUAS)	168
7.1.7	Sistema de Justiça e de Direitos Humanos	169
7.1.8	Sistemas de Ensino.....	170

7.1.9	Sistema Único de Segurança Pública (SUSP)	170
7.1.10	Sociedade Civil Organizada.....	170
7.2	Articulação Entre as Redes Intrasetorial e Intersetorial de Cuidado e de Proteção Social	171
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	174
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
10	APENDICE.....	179
	APENDICE A	179
	APENDICE B	182
11	ANEXOS	186
	ANEXO A	186
	ANEXO B	187
	ANEXO C	175
	ANEXO D	176
	ANEXO E	Erro! Indicador não definido.

APRESENTAÇÃO

Estamos lançando os Protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, atualizados e com informações sistematizadas que vão auxiliar e agilizar o processo de atendimento na nossa rede de atenção.

Acreditamos que este instrumento contribuirá na organização da Assistência, promovendo o alinhamento técnico, aquisição de novas habilidades e a busca permanente da qualidade da atenção à saúde.

Fortalecer a Atenção Primária à Saúde é uma das metas que temos procurado com muita firmeza. Neste sentido, o esforço técnico de toda equipe da Secretaria Municipal de Saúde de produzir este protocolo, faz parte das diversas iniciativas desenvolvidas nesta direção, promovendo a melhoria do acesso, garantindo a equidade, continuidade e integralidade das ações e a coordenação do cuidado focado nas necessidades do cidadão. Portanto, desejamos que todos façam um excelente uso deste material.

Dr. Gilberto Berguio Martin

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
LONDRINA - PR

1 INTRODUÇÃO

No dicionário de língua portuguesa, a palavra “violência” envolve atuação com base no uso de força, “*constrangimento, físico ou moral, exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a submeter-se à vontade de outrem*” (MICHAELIS, 2012). O Ministério da Saúde adota o conceito da Organização Mundial da Saúde, para a qual violência é:

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, Apud BRASIL, 2010 A p.27).

Assim, constitui uma ação passível de reprovação tanto do ponto de vista moral como ético, social, religioso e judiciário. Cabendo ao setor público a formulação de políticas que dialoguem com os diversos setores, de forma a implementar medidas de prevenção deste agravo, e de atendimento a pessoa em situação de violência e a seus familiares ou “significantes”.

Neste sentido, é de responsabilidade dos profissionais e gestores do serviço de saúde a prática do cuidado em seu amplo aspecto.

Lembrando que a palavra *Cuidado* advém do latim, *coera* e *cogitare*, palavras relacionadas à afetuosidade, solicitude, atenção, preocupação e inquietação para com o outro (BOFF, 1999). De forma prática isto significa a notificação, o acolhimento a pessoa em suspeita a vitimização, a tomada de medidas profiláticas e terapêuticas para minimização dos efeitos e riscos provenientes do agravo, bem como medidas de prevenção para reincidência da situação.

Com vistas a isso, esperamos que este material possa ser um instrumento de auxílio para o Cuidado integral desenvolvido nos serviços que compõe a Rede de Atendimento à Saúde no Município de Londrina.

Eni do Carmo de Souza
ORGANIZADORA

2 ATRIBUIÇÕES COMUNS E ESPECÍFICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

2.1 Atribuições Comuns a Todos os Profissionais de Saúde

1. Acolher a pessoa em situação de violência;
2. Oferecer apoio à família;
3. Preencher a ficha de notificação do SINAN;
4. Comunicar ao Conselho Tutelar de casos que envolvam criança e adolescente em situação de violência;
5. Orientar as famílias sobre a ressignificação das relações familiares em prol da tolerância e da formação de vínculos protetores;
6. Acompanhar e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes;
7. Buscar apoio de outros profissionais, quando julgar pertinente, e articular as ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e de proteção social no território;
8. Orientar sempre que possível em ações com a comunidade que é necessário a adoção de medidas preventivas à ação violenta, demonstrando com a necessária firmeza que crianças, adolescentes, idosos, gays, lésbicas, ou qualquer outro grupo são sujeitos de direitos e, portanto, a sociedade não tolera que sejam alvos de violações;
9. Acompanhar e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e educar e se relacionar crianças, adolescentes, idosos, gays, lésbicas, ou qualquer outro grupo;
10. Articulação de redes e mobilização da comunidade em pró da promoção da saúde e prevenção da violência;
11. Participar e/ou fomentar atuação de outros atores da rede de atenção, cuidado, defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes e outros por serem de importância fundamental para minimizar a violência, como um exemplo de medida preventiva desse tipo é a redução da presença ou do acesso às drogas, ao álcool e às armas;
12. Informar a pessoa em situação de violência ou responsável sobre a rotina do seguimento ambulatorial com equipe multidisciplinar.

2.2 Atribuições Específicas dos Profissionais de Saúde

2.2.1 Assistente Administrativo

1. Oferecer apoio a família;
2. Preencher a ficha de notificação do SINAN e/ou comunicar ao Conselho Tutelar de casos que envolvam criança e adolescente em situação de violência, quando solicitado por profissional enfermeiro;
3. Participar das discussões da equipe quanto aos assuntos pertinentes ao atendimento à pessoa em situação de violência;
4. Informar a pessoa em situação de violência ou responsável sobre a rotina do seguimento ambulatorial com equipe multidisciplinar;
5. Orientar família/pessoa significativa para o apoio diário;
6. Verificar o comparecimento dos usuários e fazer busca ativa via telefone das pessoas que estiverem em atraso independente da idade;
7. Realizar o agendamento de exames e consultas;
8. Emitir listagens e relatórios, quando solicitado;
9. Controlar, organizar e atualizar arquivos administrativos, bibliográficos e de estoque, em ordem preestabelecida, sob orientação;
10. Auxiliar os profissionais responsáveis, na realização de ações referente ao ambulatório junto a usuários, comunidade e/ou outros serviços de saúde.

2.2.2 Agente Comunitário de Saúde

1. Realizar visita domiciliar e identificar situações de risco social e pessoal (violência, pobreza, promiscuidade, abandono e outros);
2. Comunicar a enfermeira da equipe ao detectar a situação de violência;
3. Reforçar a importância do atendimento clínico e psicológico, enfatizando o acompanhamento integral;
4. Orientar sobre a rede de apoio e proteção disponíveis: CRAS, CREAS, CAM, Delegacia da Mulher e outros;
5. Distribuir material informativo/educativo nas visitas domiciliares.

2.2.3 Assistente Social e Psicólogo

1. Atribuições comuns a todos os profissionais;
2. Articular com serviços que compõe a Rede de Atenção em caso de violência;
3. Promover a discussão com a Equipe multiprofissional no sentido de favorecer o acolhimento, humanização e vínculo terapêutico;
4. Fornecer os encaminhamentos necessários a outros de atenção à saúde ou intersetorial;
5. Acolher o agressor quando este se fizer presente e dar os encaminhamentos necessários;
6. Oferecer suporte para a equipe de saúde quando identificar dificuldade de manejo com as situações que envolvem violência;
7. Orientar família/pessoa significativa para o apoio diário. Solicitar o comparecimento ao serviço se julgar necessário;
8. Solicitar e/ou agendar retorno com equipe do ambulatório (enfermeira, médico, assistente social, psicóloga);
9. Verificar o comparecimento dos usuários e fazer busca ativa via telefone das pessoas que estiverem em atraso independente da idade;
10. Utilizar o Eco-mapa ou outros instrumentos para avaliação da rede de apoio pessoal/familiar.
11. Oferecer, estimular e intervir para a orientação psicológica ou social nos casos de alteração emocional/sexual;
12. Avaliar/ estimular a Autonomia, Individualidade e Direitos;
13. Oferecer Suporte para a Equipe de Saúde quando identificar dificuldade de manejo com as situações que envolvem violência;
14. Informar sobre a rotina do seguimento ambulatorial com equipe multidisciplinar;
15. Orientar família/pessoa significativa para o apoio diário. Solicitar o comparecimento ao serviço se julgar necessário;
16. Acompanhar e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes;
17. Buscar apoio de outros profissionais, quando julgar pertinente, e articular as ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e de proteção social no território;
18. Participar e/ou fomentar atuação de outros atores da rede de atenção, cuidado, defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes e outros por serem de importância fundamental para minimizar a violência, como um exemplo de medida preventiva desse tipo é a redução da presença ou do acesso às drogas, ao álcool e às armas;
19. Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussão com a equipe, quando solicitado por esta, que permitam o acompanhamento dos usuários.

2.2.4 Auxiliar/Técnico de Enfermagem

1. Atribuições comuns a todos os profissionais;
2. Fazer o acolhimento à demanda espontânea com identificação dos riscos e vulnerabilidades;
3. Acolher familiares e realizar demais orientações descritas no atendimento imediato;
4. Preencher a ficha de notificação do SINAN;
5. Comunicar o caso imediatamente ao enfermeiro supervisor do horário;
6. Preparar a vítima para consulta médica ou de enfermagem;
7. Realizar a pré-consulta para o Enfermeiro (a) ou Médico (a) com verificação e anotação no prontuário dos sinais vitais bem queixa principal da usuária, verificação da presença dos resultados dos exames e anexá-los ao prontuário e outros procedimentos conforme rotina da instituição;
8. Orientar e realizar a coleta de sangue para sorologias de HIV, sífilis, hepatite B e C;
9. Realizar e fazer a leitura dos testes rápido de gravidez, HIV, sífilis, Hepatite B e C e oferecer laudo do resultado (se profissional capacitado em aconselhamento);
10. Encaminhar ao banho e oferecer troca de roupa, se o cliente deseja;
11. Fornecer embalagem e orientar a guarda das roupas, em saco de papel, para ser levado pela vítima, ao Instituto Médico Legal, quando for o caso;
12. Preparar material para coleta de material forense quando for o caso;
13. Comunicar ao enfermeiro a presença de qualquer alteração no estado geral;
14. Orientar os sintomas de intolerância aos ARV prescritos;
15. Realizar demais cuidados conforme o acolhimento à demanda espontânea com identificação dos riscos e vulnerabilidades e rotina institucional.

2.2.5 Enfermeiro

1. Fazer o acolhimento com avaliação e classificação de risco (AACR);
2. Supervisionar o acolhimento à demanda espontânea pela equipe de enfermagem;
3. Realizar a consulta de enfermagem aplicando o processo de enfermagem, preferencialmente em conjunto com o profissional médico para diminuição da exposição do (a) vítima;
4. Preencher a ficha de notificação do SINAN;
5. Comunicar ao Conselho Tutelar de casos que envolvam criança e adolescente em situação de violência;
6. Explicar os riscos de gravidez, infecção por DST e HIV e prevenção disponíveis, como a eficácia da AE e quimioprofilaxia para DST/HIV, ressaltando que quanto mais precoce o início do tratamento, mais eficaz;

7. Preparar material para coleta de material forense quando for o caso;
8. Informar a equipe médica sobre os dados relevantes coletados durante a coleta de dados (anamnese);
9. Explicar sobre os medicamentos prescritos, a sua indicação e o tempo de tratamento: AE, quimioprofilaxia para DST, ARV, vacina e Imunoglobulina para hepatite B;
10. Orientar sobre a coleta de sangue para sorologias de HIV, sífilis, hepatite B e C;
11. Realizar e fazer a leitura dos testes rápido de gravidez, HIV, sífilis, Hepatite B e C e oferecer laudo do resultado (se profissional capacitado em aconselhamento);
12. Indicar os imunobiológicos necessários para cada caso conforme protocolo específico;
13. Coletar sorologias, administrar medicamentos profiláticos, vacina e imunoglobulina;
13. Encaminhar ao banho e oferecer troca de roupa, se a cliente desejar;
14. Fornecer embalagem e orientar a guarda das roupas, em saco de papel, para ser levado pela vítima, ao Instituto Médico Legal quando for o caso;
15. Explicar sobre os efeitos calaterais do uso dos medicamentos AE, ARV e outros e meios para minimizá-los;
16. Orientar os sintomas de intolerância aos ARV prescritos;
17. Aconselhar a vítima sobre medidas preventivas para DSTs e gestação não planejada;
18. Orientar cuidados com ferida, se apresentar lesões;
19. Encaminhar para atendimento em ambulatório de referência;
20. Realizar relatório de consumo e pedido de imunobiológico;
21. Realizar ações clínicas individuais e/ou coletiva para promoção da saúde e prevenção da violência em todos os ciclos de vida;
22. Supervisionar o trabalho desenvolvido outros membros da equipe de enfermagem ou agente comunitário referente ao cuidado à pessoa em situação de violência;
23. Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussão com a equipe, quando solicitado por esta, que permitam o acompanhamento dos usuários;
24. Atribuições comuns a todos os profissionais.

2.2.6 Farmacêutico

1. Realizar e fazer a leitura dos testes rápido de gravidez, HIV, sífilis, Hepatite B e C e oferecer laudo do resultado (se profissional capacitado em aconselhamento);
2. Fazer os pedidos de medicações e insumos utilizados para quimioprofilaxia das DSTs virais e não virais e coleta de materiais;
3. Realizar relatórios de consumo de medicamentos e insumos;
4. Responsabilizar-se pela guarda e conservação das medicações e imunobiológicos;

5. Ajustar as cotas de medicamentos, conforme demanda;
6. Conferir a requisição do pedido solicitado e o que foi recebido;
7. Realizar o controle de validade das medicações em geral;
8. Manter o ponto de ressuprimento adequado, respeitando a demanda e as particularidades de cada serviço;
9. Realizar notificações ao CIDI (Centro Integrado de Doenças Infecciosas) CAF e a ANVISA, de medicamentos e materiais, que estejam em desconformidade com os padrões de qualidade;
10. Gerenciar a organização da farmácia e almoxarifado;
11. Realizar atividades de atenção farmacêutica (orientação quanto aos cuidados relacionados a prescrição, dispensação e uso de medicamentos);
12. Realizar ações educativas e treinamentos com a equipe de saúde e comunidade, juntamente com outros profissionais do serviço;
13. Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de Assistência Farmacêutica;
14. Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussão com a equipe, quando solicitado por esta, que permitam o acompanhamento dos usuários;
15. Atribuições comuns a todos os profissionais.

2.2.7 Médico

1. Atribuições comuns a todos os profissionais;
2. Fazer acolhimento da vítima e acompanhante;
3. Preencher a ficha de notificação do SINAN.
4. Comunicar ao conselho tutelar de casos que envolvam criança e adolescente e m situação de violência;
5. Realizar a consulta médica com exame físico completo e ginecológico em conjunto com o profissional enfermeiro para diminuição da exposição do (a) vítima;
6. Explicar os riscos de gravidez, infecção por DST e HIV e prevenção disponíveis, como a eficácia da AE e quimioprofilaxia para DST/HIV, ressaltando que quanto mais precoce o início do tratamento, mais eficaz;
7. Preencher o laudo de prescrição dos ARV e adequar horário, de acordo com a rotina da cliente, com objetivo de maior adesão ao tratamento;8. Explicar sobre os medicamentos prescritos, a sua indicação e o tempo de tratamento: AE, quimioprofilaxia para DST, ARV, vacina e imunoglobulina para hepatite B;
9. Prescrever a quimioprofilaxia para DST não viral e coleta de sorologia;
10. Indicar os imunobiológicos necessários para cada caso conforme protocolo;

11. Explicar sobre os efeitos colaterais do uso dos medicamentos AE, ARV e outros e meios para minimizá-los;
12. Orientar os sintomas de intolerância aos ARV prescritos;
13. Aconselhar a vítima sobre medidas de preventivas para DSTs e gestação não planejada;
14. Encaminhar para serviços de maior complexidade conforme a classificação do risco da vítima;
15. Solicitar consulta especializada quando for o caso;
16. Encaminhar casos de violência sexual para seguimento com equipe multidisciplinar em ambulatório de referência;
17. Atribuições comuns a todos os profissionais.

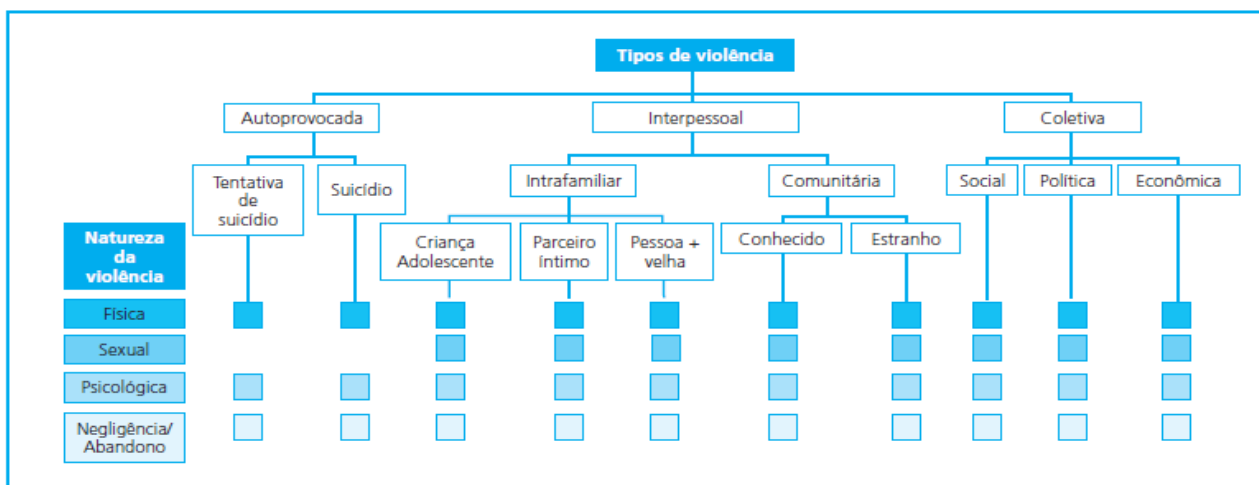
2.2.8 Equipe Odontológica, Educador Físico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Outros

1. Fomentar ações de lazer e atividade física na comunidade que envolva a participação da família como gincanas, maratonas outras;
2. Buscar apoio de outros profissionais, quando julgar pertinente, e articular as ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e de proteção social no território;
3. Em atividades coletivas na comunidade, orientar sempre que possível em ações com a comunidade que é necessário a adoção de medidas preventivas à ação violenta, demonstrando com a necessária firmeza que crianças, adolescentes, idosos, gays, lésbicas, ou qualquer outro grupo são sujeitos de direitos e, portanto, a sociedade não tolera que sejam alvos de violações;
4. Articulação de redes e mobilização da comunidade em pró da promoção da saúde e prevenção da violência;
5. Participar e/ou fomentar atuação de outros atores da rede de atenção, cuidado, defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes e outros por serem de importância fundamental para minimizar a violência, como um exemplo de medida preventiva desse tipo é a redução da presença ou do acesso às drogas, ao álcool e às armas;
6. Ações clínicas individuais e/ou coletiva para promoção da saúde e prevenção da violência em todos os ciclos de vida;
7. Atribuições comuns a todos os profissionais.

3 CLASSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Para classificação do tipo e natureza da violência o MS utiliza o modelo proposto pela OMS que classifica a violência em três grandes categorias: a autoprovocada, aquela violência praticada contra si mesmo, a interpessoal, a violência por indivíduos ou grupos, a coletiva, praticada por organizações maiores, como: estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas. Quanto a natureza podem ser física, sexual e psicológica, além da negligência/abandono, conforme a Figura 1:

Figura 1- Tipos e natureza das principais violências



Fonte: Krug et al., 2002 Apud Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. BRASIL, 2010 A p. 28

3.1 Classificações Quanto ao Tipo das Violências

3.1.1 Violência autoprovocada

Envolve o **comportamento suicida** e o **suicídio** propriamente dito. O *comportamento suicida* inclui ideias de acabar com a vida e a automutilação (destruição direta e deliberada de partes do corpo sem a intenção suicida consciente), que pode ser grave (amputação dos próprios dedos, por exemplo), estereotipada (tal como bater a cabeça, morder-se ou arrancar os cabelos) ou superficial (cortar-se, arranhar-se ou introduzir agulhas na pele) (KRUG *et al.*, 2002). O **suicídio** caracteriza-se pelo desenvolvimento de um plano para cometer o ato, conseguir os meios de realizá-lo e concretizá-lo, dando fim à própria vida.

3.1.2 Violência Interpessoal

É aquela que ocorre na interação entre as pessoas, que demonstram dificuldade de resolver conflitos por meio da conversa, como também nas relações entre pais e filhos, homens e mulheres, irmãos, entre outras, nas quais estão caracterizadas as relações de poder (MINAYO, 2009 Apud BRASIL, 2010 a p.29). É dividida em violência **intrafamiliar** e **comunitária**.

3.1.2.1 Violência Intrafamiliar ou Doméstica

É uma descrição genérica para a violência praticada por membros da família (pai, mãe, filha, filho, marido, sogra, padrasto ou outros), por afinidade (por exemplo, o primo ou tio do marido) ou afetividade (amigo ou amiga que more na mesma casa ou fora). Ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais e atinge mais crianças que os adolescentes, em função de sua maior fragilidade física e emocional. Geralmente, consiste em formas agressivas de a família se relacionar, por meio do uso da violência como solução de conflito e como estratégia de educação. Expressa-se pelo abuso físico, sexual, psicológico ou como negligência ou abandono. É comum a presença da violência intergeracional, ou seja, a reprodução e transmissão da violência através de gerações familiares, reproduzindo o mesmo ciclo de dor e tristeza.

3.1.2.2 Violência Comunitária

A violência comunitária caracteriza-se pelo fato de ser praticada entre indivíduos sem laços de parentesco, conhecidos ou desconhecidos. Exercida por pessoas em atos de violência gratuitos, estupro, violência sexual e as cometidas em instituições públicas ou privadas, tais como: escolas, serviços de saúde, comunidades e condomínios, dentre outros.

3.1.3 Violência Coletiva

É aquela em geral cometida por grandes grupos ou pelo Estado. É caracterizada por qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada, por exemplo, em origem racial/étnica e social, que tenha o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública.

3.2 Classificação Quanto a Natureza das Violências

3.2.1 Violência Física

Caracteriza-se como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, filhos, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da pessoa que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, e podendo provocar inclusive a morte (BRASIL, 2004 apud Brasil 2010 p. 30). Pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações. Apesar de subnotificada, é a mais identificada pelos serviços de saúde.

3.2.1.1 Síndrome do Bebê Sacudido

É causada por violenta movimentação da criança, segurada pelos braços ou tronco. Esta ação provoca o choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado, ocorrendo desde micro hemorragias, por rupturas de artérias e veias, até hemorragias maciças e rompimento de fibras do tecido nervos.

3.2.1.2 Castigo Corporal

É o uso da força física para fins pedagógicos ou disciplinares. O castigo corporal ocorre com frequência na maioria dos países do mundo. É uma prática que deteriora as relações entre pais e filhos, compromete a internalização moral (aprendizado por meio da punição e não pela consciência de inadequação do comportamento) e transmite modelos agressivos para a solução de problemas (DURRANT, 2008 apud BRASIL, 2010 A p. 30).

3.2.1.3 Síndrome de *Munchausen* por Procuração

É caracterizada pela simulação ou criação, por um dos responsáveis ou cuidador (com grande frequência a mãe), de sinais ou sintomas que caracterizam doenças em seus filhos. É considerada uma forma de violência física por exigir dos profissionais da área da saúde a execução de uma série de exames e investigações extremamente penosos para a criança. Esses responsáveis em algumas situações chegam a falsificar o material colhido para exames, induzindo o médico a tratamentos desnecessários ou investigações cada vez mais complexas e agressivas.

3.2.1.4 Violência Fetal

Violência praticada pela gestante contra o feto (gestante drogadita, alcoolista e/ou negligente com o pré-natal, tentativa de aborto e outros), assim como quando a gestante sofre alguma forma de violência física por outra pessoa, através de pontapés, socos na barriga e outras formas de agressões inclusive, a negligência” (CURITIBA, 2008, p. 33 apud BRASIL 2010 p. 18).

3.2.2 Violência Psicológica

De forma geral é toda ação que ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa, por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal. Pode apresentar-se de outras formas como: humilhações; danos propositais a objetos queridos; ameaças de agressão; danos a animais de estimação; privação da liberdade; danos ou ameaças a pessoas queridas; impedimento ao trabalho; impedimento de contato com a ou estudo família e amigos. Abaixo algumas outras formas de violência psicológica.

3.2.2.1 Testemunho da Violência

Refere-se a situações violentas que a criança ou o adolescente toma conhecimento ou presencia em casa, na escola, na comunidade ou na rua. Os danos são ainda mais graves quando a própria vida da criança ou do adolescente está ameaçada ou quando ela vê situações violentas contra uma pessoa querida (a violência entre os pais é um exemplo).

3.2.2.2 Síndrome da Alienação Parental

Termo mais usado na esfera jurídica, diz respeito às sequelas emocionais e comportamentais sofridas pela criança vítima da conduta do pai ou da mãe que, após a separação, age para que o filho rejeite o ex-cônjuge.

3.2.2.3 Assédio Moral ou Violência Moral que Ocorre no Trabalho

É a exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, sendo mais comuns em relações hierárquicas autoritárias e assimétricas em que predominam condutas negativas

e interações desumanas de longa duração. Caracteriza-se pela degradação deliberada das condições de trabalho que desestabiliza a relação da vítima com o ambiente e a organização, forçando-a a desistir do emprego.

3.2.2.4 *Bullying*

Ocorre com frequência nas escolas e é caracterizado pela agressão, dominação e prepotência entre pares. Envolve comportamento intencionalmente nocivo e repetitivo de submissão e humilhação. Colocar apelidos, humilhar, discriminar, bater, roubar, aterrorizar, excluir e divulgar comentários maldosos são alguns exemplos (LOPES NETO, 2005).

No bullying, a violência física e psicológica pode estar presente. Para uma atuação efetiva do setor saúde, são necessárias ações com as escolas, identificando comportamentos de risco, aconselhando famílias, rastreando sintomas e incentivando a implantação de programas anti-bullying nas escolas.

3.2.2.5 *Cyberbullying*

É um fenômeno mais recente, caracterizado pela ocorrência de e-mails, mensagens por pagers ou celulares, telefonemas, fotos digitais, sites pessoais difamatórios, ações difamatórias on-line como recursos para a adoção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis.

Quadro 1 - Principais sinais de *bullying*

Principais Queixas	Perfil das Vítimas	Sinais no Comportamento
<ul style="list-style-type: none"> • Cefaléia; • Tonturas ou desmaios; • Tensão muscular; • Náuseas (enjôos); • Alergia, diarreia, palpitações; • Mudanças freqüentes e intensas de humor, com explosões repentinas de irritação ou raiva; • Apresentam diversas desculpas para não irem à escola, inclusive com doenças físicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alunos em desigualdade de poder; seja por situação socioeconômica ou de idade; • Alunos mais novos e de porte físico frágil ou em desvantagem numérica; • Apresentam algo que destoa do grupo (são tímidas, muito bonitas, muito inteligentes, introspectivos "nerds", muito magras, são de credo, raça ou orientação sexual diferente, etc.), o que as torna pessoas mais vulneráveis aos ofensores; • Não conseguem fazer frente às agressões sofridas; • Geralmente distanciam-se da convivência de amigos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desinteresse pela escola; • Problemas psicossomáticos; • Problemas psíquicos, tais como: transtorno do pânico, depressão, anorexia e bulimia, fobia escolar, fobia social, ansiedade generalizada, entre outros. • Bullying também pode agravar problemas preexistentes, devido ao tempo prolongado de estresse. Em casos mais graves observam –se quadros de esquizofrenia e suicídio; • Passam a gastar mais dinheiro do que o habitual na cantina ou com a compra de objetos diversos com o intuito de presentear os outros.

Fonte: BH. Guia de atendimento Criança e adolescente Vítimas de Violência doméstica, sexual e outras Violências na atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte (2013 p. 13).

3.2.3 Violência Sexual

É toda relação sexual em que a pessoa é obrigada a se submeter, contra a sua vontade, por meio de força física, coerção, sedução, ameaça ou influência psicológica. Pode ocorrer tanto em relações homo ou heterossexuais em uma variedade de situações com ou sem contato físico constituindo crimes contra a dignidade sexual como estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e “*voyeurismo*” e também abrange situações onde o agressor obriga a vítima a realizar alguns desses atos com terceiros (BRASIL, 2004 Apud BRASIL, 2010a p.33). A violência sexual é considerada crime, mesmo quando praticada por um familiar, seja ele pai, marido, namorado ou companheiro.

3.2.3.1 Estupro

É a definição mais específica da violência sexual, ocorre quando há o constrangimento do outro mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. (Lei N° 12.015/2009 modificou o texto dos artigos 213 e 214 do Código Penal).

3.2.3.2 Exploração Sexual

Caracteriza-se pela utilização sexual de pessoas (especialmente crianças e adolescentes) com fins comerciais e de lucro. Utilizando-as para a produção de material pornográfico como revistas, filmes, vídeos, sites na Internet. São considerados exploradores o cliente que paga (com dinheiro ou agrados) pelos serviços sexuais e aqueles que induzem, facilitam ou obrigam pessoas a se prostituírem.

3.2.3.3 Abuso Sexual

O abuso sexual pode ser definido quando o agressor se utiliza de alguma forma de poder a fim de obter satisfação sexual sem o consentimento do outro ou quando este trata-se de um incapaz. Este poder pode ser expresso através da diferença de idade (autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a vítima) físico (homem sobre mulher, homem sobre homem mais frágil etc); econômico (patrão sobre empregado (a). De forma geral, pode-se dizer que o abuso é o predomínio da cultura do poder do mais forte sobre o mais fraco, onde a vítima é coisificada como objeto de satisfação sexual, expressa através de um ato ou jogo sexual. Pode variar desde atos em que não existam contato sexual (abuso sexual sem contato físico) até os diferentes tipos de atos com contato físico, havendo ou não penetração. No caso de criança e adolescente, é predominantemente doméstica, especialmente na infância. Os principais perpetradores são os companheiros das mães, e, em seguida, os pais biológicos, avós, tios, padrinhos, bem como mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança, num contexto de relações incestuosas.

De acordo com o Código Penal Brasileiro (art. 224), e a Lei nº 12.015/2009: a violência é sempre presumida em menores de 14 anos, deficientes mentais ou quando a pessoa não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência. É crime também a prática de tais atos diante de menores de 14 anos ou a indução a presenciá-los (BRASIL, 2010 p. 30).

3.2.3.3.1 Assédio Sexual

É a exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, sendo mais comuns em relações hierárquicas autoritárias e assimétricas em que predominam condutas negativas e interações desumanas de longa duração. Caracteriza-se por propostas de relações sexuais, onde a vítima, é chantageada e ameaçada pelo autor (a) da agressão. O assédio sexual se caracteriza

principalmente pela dissimulação do assediador e pelos efeitos provocados à vítima. As situações descritas abaixo são características do assédio:

- Clara condição para dar ou manter um emprego, posição sócioeconômica ou posição diferenciada com implicações nas relações familiares.
- Influência na carreira profissional.
- Prejuízo no desempenho profissional e/ou educacional.
- Modo de ação do assediador geralmente inclui: portas fechadas, sussurros, olhares maliciosos, comentários insistentes e não diretos e ameaças veladas.

3.2.3.3.2 Abuso Sexual Verbal

Pode ser definido por conversas abertas sobre atividades sexuais destinadas a despertar o interesse da criança ou do adolescente, ou a chocá-los. Os telefonemas obscenos são também uma modalidade de abuso sexual verbal.

3.2.3.3.3 Exibicionismo

É o ato de mostrar os órgãos genitais ou de se masturbar diante da pessoa, ou no campo de visão deles.

3.2.3.3.4 Incesto

Relação sexual entre parentes (consanguíneos ou afins).

3.2.3.3.5 Pornografia

Materiais que contenham pinturas, gravuras ou filmes de caráter obsceno.

3.2.3.3.6 Voyeurismo

É o ato de obtenção de prazer sexual por meio da observação de órgãos sexuais ou relação sexual de outras pessoas, quando estas não desejam ser vistas.

Diferenças entre violência sexual dos jogos sexuais infantis

Sabe-se que na infância é comum o envolvimento de crianças em brincadeiras sexualizadas (jogos sexuais), o que costuma preocupar familiares e profissionais. Nessas situações, não é rara a identificação da criança como “culpada” ou como “vítima”. A autoestimulação, a autoexploração, o beijo, o abraço, o toque e a exposição de genitais para outras crianças e jogos do tipo “mamãe e papai” são normais fazem parte do desenvolvimento infantil (SANDERSON, 2005 Apud BRASIL, p.33). Tais comportamentos são formas de explorar a capacidade do corpo tal como a criança faz ao correr, pular, ler ou aprender. Como parte do desenvolvimento normal da criança, essa forma de exploração é equilibrada pela curiosidade sobre outros aspectos de seu universo de vida. É guiada pela curiosidade espontânea, despreocupada e divertida. Costuma ocorrer entre faixas etárias semelhantes, com participação voluntária (sem ser forçada ou coagida), e o relacionamento entre os participantes da brincadeira, quando estão em outras atividades, é cordial e amigável, sem hostilidade ou agressividade. No entanto, se ficar caracterizada a existência de coerção ou se os envolvidos estiverem em estágios de desenvolvimento diferentes, mesmo com pequenas diferenças de idade, não há como considerar a situação como “jogo sexual” entre as crianças ou adolescentes. Essa visão é bastante útil na prática, já que valoriza as circunstâncias em que ocorreram os fatos e não só os padrões estabelecidos por definições estáticas (BRASIL, 2010 p.33).

3.2.4 Negligência

A negligência consiste em uma omissão em termos de prover as necessidades básicas a uma pessoa dependente de outrem (criança, adolescente, idoso, fisicamente ou mentalmente incapaz). Dois critérios são necessários para caracterizar a negligência: a cronicidade (deve-se observar a ocorrência reiterada e contínua de algum indicador) e a omissão (um responsável deve ter deixado de satisfazer alguma necessidade da criança). A criança negligenciada pode se apresentar para os profissionais com aspecto de má higiene (corporal, roupas sujas, dermatite de fraldas, lesões de pele de repetição); desnutrição por falta de alimentação, por erros alimentares persistentes; tratamentos médico-odontológicos inadequados; roupas não adequadas ao clima local; falta de supervisão provocando lesões e acidentes de repetição; frequência irregular à escola ou tratamento de saúde do incapaz (criança, idoso, deficiente físico ou mental).

Se caracteriza como negligência: negar cuidado e supervisão adequados (especialmente em casos de pessoas com incapacidades físicas ou mentais), deixar o idoso passar fome, não dar as medicações que necessita, não levar às consultas marcadas, não prover outros cuidados físicos, isolá-lo dos outros, vesti-lo inadequadamente face ao tempo ou às condições ambientais, deixar o idoso sozinho, entre outros.

3.2.4.1 Abandono

É a forma mais grave de negligência. A negligência não está vinculada às circunstâncias de pobreza, podendo ocorrer em casos em que recursos razoáveis estão disponíveis para a família ou o responsável. Cabe lembrar que uma criança ou um adolescente pode ser afetado por mais de um tipo ou natureza de violência, especialmente, em situações crônicas e graves, inclusive porque muitas dessas situações se relacionam. Por exemplo, a violência física ocorre quase sempre junto com a psicológica; e uma criança que sofre violência sexual e psicológica em casa pode também ser envolvida em situação de exploração sexual.

3.2.4.2 Auto Negligência

Comportamentos de uma pessoa que ameaça a sua própria saúde ou segurança. A definição de autonegligência envolve situações nas quais uma pessoa mentalmente capaz (que compreende as conseqüências das suas ações) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em atos que ameaçam a sua saúde ou segurança.

3.2.4.3 Negligência Emocional

Apesar de difícil identificação, ocorre quando os responsáveis, independentemente das justificativas, deixam de dar suporte afetivo e psicológico à pessoa dependente (criança, adolescentes, idosos e outros).

Para saber mais consulte o material da Rede Não Bata Eduque Disponível em:

<http://www.naobataeduque.org.br/category/informe-se/biblioteca/manuais-para-trabalho-com-pais-e-maes>.

3.2.5 Violência Institucional

É aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, judiciário. É perpetrada por agentes que deveriam proteger as pessoas vítimas de violência garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos.

3.2.5.1 Violência Obstétrica

È um termo genérico para descrever os diversos tipos de violência que podem ocorrer no contexto de assistência obstétrica no pré-natal, nascimento e puerpério. Especificamente

significa conduta, ato ou omissão de pessoal de saúde que direta ou indiretamente, na esfera pública e privada, afetando o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressa em um tratamento desumanizado, um abuso da medicalização e patologização de processos naturais. Os tipos de violência obstétrica mais comuns são: negligência, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional), violência física (incluindo toque doloroso e não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada e disponível), assédio sexual, abuso sexual, discriminação social (VENTURI; BOKANY; DIAS, 2010).

3.2.6 Outras Formas de Violência

3.2.6.1 Violência Moral

Ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher ou do homem.

3.2.6.2 Violência Patrimonial

Ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens, valores e similares.

3.2.6.3 Intervenção Legal

Trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no uso da sua função. Pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A CID-10 adota o termo intervenção legal e operações de guerra e atribui a ele os códigos de Y35 a Y36. Alerta-se para não ser feita uma interpretação equivocada: no exercício da função policial de prevenção e repressão de crimes – respeitando tanto os direitos fundamentais da pessoa quanto a sua integridade física – o agente da lei ou o policial, se estritamente necessário, poderá fazer uso de força. No entanto, ao extrapolar essa função, sua ação ultrapassa o marco da legalidade, tornando-se um ato violento e ilegal.

3.2.6.4 Trabalho Infantil

É o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto), inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo

obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições por vezes desqualificadas e que põem em risco o seu bem-estar físico, psíquico, social e moral, limitando o seu leque de opções para um crescimento/ desenvolvimento saudável e seguro. Salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos, é proibido qualquer trabalho a menores de 16 anos de idade. Quando na condição de aprendiz, a atividade laboral deve ocorrer em horários e locais que não impeçam a frequência à escola e não prejudiquem a formação e o adequado desenvolvimento físico, psíquico, moral e social. É também uma forma de violência, podendo acarretar em danos físicos e psicológicos, pois transforma as crianças e os adolescentes em adultos precoces, submetendo-os, muitas vezes, a situações extremas que afetam seu processo de crescimento e desenvolvimento, expondo-os à aquisição de doenças e a atrasos na formação escolar e, até mesmo, a sequelas que acabam sendo irreversíveis na vida adulta (MINAYO; GOMEZ; MEIRELLES, 1997 Apud BRASIL, 2010 p. 31). Os prováveis riscos ocupacionais e repercussões à saúde para crianças e adolescentes encontram-se na “Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (Lista TIP)”, discriminados, por tipo de trabalho (Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008).

3.2.6.5 Tráfico de Pessoas

Inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou a outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer prostituição, ou trabalho sem remuneração, escravo ou de servidão, ou para remoção e comercialização de órgãos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes.

3.3 Diferença Entre Acidente e Violência

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) os acidentes e as violências são classificados como causas externas, que englobam agressões (físicas, psicológicas e sexuais); lesões autoprovocadas; acidentes de trânsito, de trabalho; quedas; envenenamentos; afogamentos; entre outros acidentes. Apesar de o CID inserir os acidentes e violências no mesmo grupo, é de suma importância esclarecer que o conceito de violência é aquele que causa danos à vida de forma geral, e o conceito formal de acidente é um evento não intencional, que também causa dano físico e emocional. No entanto, os acidentes podem ser evitados com medidas de precaução, retirando, em alguns casos, seu caráter não intencional. Mas, para chegar a essa conclusão demanda-se interpretação (OMS, 1985; OMS, 1995 Apud BRASÍLIA, 2008 p.12).

4 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA

As ações de prevenção primária e promoção necessitam caminhar em paralelo às de atendimento às vítimas de maus-tratos, para que se consiga, no futuro, reduzir a incidência da violência em todos os ciclos de vida. Os profissionais precisam estar dispostos a dar orientações aos pais, desde o período da gestação, no sentido de ajudá-los a desenvolverem uma percepção real da criança e do adolescente, ensinando-os sobre as possibilidades e necessidades dos filhos. Discussões sobre violência devem ser estimuladas entre os diferentes profissionais e destes com a comunidade em geral. Nesses espaços podem ser apresentadas as formas de violência, suas causas, consequências e deve-se discutir sobre o que pode ser feito para evitá-la.

Segundo o MS, a **promoção** da saúde e da cultura de paz baseia-se no fortalecimento de fatores que protegem a pessoa, fazendo-a evitar ou controlar os riscos. Tem como base o estímulo das capacidades e o exercício do autocuidado e da ajuda mútua. Contempla requisitos como paz, educação, justiça social e equidade (BUSS, 2000 apud BRASIL, 2010 p. 14).

A prevenção pode ser entendida como uma estratégia de promoção da saúde, na medida em que previne e controla os agravos, por meio da criação de condições de proteção e defesa de indivíduos e grupos que se encontram em situações de riscos e de vulnerabilidades específicas. Desta forma, atua no campo da identificação de doenças e agravos, do diagnóstico, tratamento e cuidados, sem prejuízo da assistência na readaptação e reabilitação.

A promoção da saúde e da cultura de paz e a prevenção de violências é papel de todos. Devem abranger ações coletivas, envolvendo instituições de educação e ensino, associações, grupos formais e informais e lideranças comunitárias e juvenis, dentre outros, como parceiros fundamentais. As ações preventivas na comunidade são essenciais para a redução dos riscos de violência e promoção da cultura de paz no território. A atuação mais eficaz é aquela que inclui, faz alianças e se torna presente na vida cotidiana das famílias e das comunidades. Para isso apostamos entre outras ações na **Terapia comunitária** com atuação tanto no contexto escolar como nas UBS e em todo o território em que se fizer presente a atenção básica, de forma dentre outras ações a promoverem **vínculos e fortalecimento da resiliência**.

4.1 Promoção de Vínculos e Fortalecimento da Resiliência

A resiliência é compreendida como “*a capacidade de superar adversidades e de lidar positivamente com situações difíceis*”, como por exemplo, as de violência, que têm alto potencial de produzir muito sofrimento. Os fatores fundamentais para o fortalecimento da resiliência são os vínculos afetivos sólidos e o bom funcionamento da rede de relacionamentos que atuam como suporte para que a pessoa reflita sobre sua vida e encontre forças para a superação, muitas vezes,

desconhecidas por ela própria. Com isso, situações difíceis e obstáculos encontrados pela vida podem fortalecer a pessoa, em vez de fragilizá-la ou fragmentá-la. Com a evolução das pesquisas, descobriu-se que o potencial de resiliência está presente no desenvolvimento de todo ser humano e pode se desenvolver no decorrer da vida. Portanto, é importante que seja incentivado e reforçado desde a infância.

Está relacionado ao suporte e ao respeito mútuo proporcionados pela família, à capacidade individual de se desenvolver autonomamente (autoestima positiva, autocontrole, temperamento afetuoso e flexível) e ao apoio oferecido pelo ambiente social, amigos, professores, profissionais de saúde e outras pessoas significativas para o indivíduo ao longo de sua vida (ASSIS; AVANCI; PESCE, 2005 apud BRASIL, 2010 p.14).

4.1.1 Fatores que Interferem na Resiliência

- Atributos pessoais como autonomia, autoestima e competência social;
- Família coesa, em que não há negligência e existe pelo menos um adulto com laço afetivo forte com a pessoa, que oferece suporte emocional nos momentos de crise;
- Rede de apoio social e recursos institucionais que encorajem e apoiem a pessoa em situação de violência no enfrentamento das circunstâncias da vida. (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005 apud BRASIL, 2010 p.14).

4.1.2 Atitudes dos Profissionais de Saúde Para Fortalecer a Resiliência

No cotidiano do atendimento, os profissionais de saúde podem contribuir ativamente para que as famílias se fortaleçam e favoreçam a resiliência principalmente dos mais frágeis como crianças, adolescentes e idosos.

A intervenção do profissional pode favorecer a saúde física e emocional da pessoa em situação de violência como:

- ❖ Escutar o que a pessoa sente diante de situações difíceis;
- ❖ Permitir a expressão dos sentimentos de tristeza, raiva e medo;
- ❖ Oferecer o apoio necessário para que crianças e adolescentes se sintam seguros;
- ❖ Incentivar iniciativas para criação de saídas e busca de soluções para os problemas;
- ❖ Estabelecer vínculos com a pessoa atendida e suas famílias;
- ❖ Enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável, tais como respeitar os direitos do outro expressar afeto e carinho, dentre outros.

4.2 Promoção da Saúde e Prevenção de Violências Contra a Criança e Adolescente

A violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo que envolve causas socioeconômicas e histórico-culturais, aliado a pouca visibilidade, à ilegalidade e à impunidade. Na primeira causa, pode-se destacar a má distribuição de renda, a migração, a pobreza, o acelerado processo de urbanização e a ineficácia das políticas sociais. No que tange aos aspectos histórico-culturais, identifica-se a concepção, ainda vigente, da criança e do adolescente como objeto de dominação dos adultos, mercedores de amor desvalorizado, contaminado pela idéia de fraqueza e inferioridade.

Essa desvalorização tem raízes na sua história, pois, antes de 1870, as crianças eram vistas como adultos e a infância não existia; trabalho infantil não era visto como exploração, mas como dever à sociedade e a Deus; além disso, eram julgadas como adultos nos crimes que cometiam. O infanticídio, até o século IX, não era crime, já que as crianças ilegítimas ou portadoras de alguma deficiência eram jogadas de precipícios.

No século XIX, a criança começa a ter direito à educação e, somente em 1924, foi realizada a 1ª Declaração dos Direitos da Criança. Apesar de algumas conquistas, as crianças e adolescentes ainda são as maiores vítimas da violência, seja intra ou extrafamiliar.

Dentre os tipos de violência mais comuns e os fatores que desencadeiam as agressões citamos a **negligência**, fruto do despreparo para maternagem e paternagem e o referencial de falta de cuidados básicos na infância. A **violência física** muitas vezes é utilizada como instrumento pedagógico. Já o **abuso sexual** trata-se de uma falta de fronteira entre as gerações, onde predomina o abuso de poder do mais forte e a cultura de coisificação da criança e do adolescente. A **violência psicológica** refere-se à depreciação, a ameaças e à rejeição do adulto sobre a criança, desenvolvendo nesta um comportamento destrutivo ou autodestrutivo devido à desvalorização que sofre.

Portanto, a violência trata-se de um fenômeno multifatorial onde se observa que o adulto, mais forte, contra a criança mais fraca é o ponto fundamental nessa relação. Somam-se a isso outras causas, como baixa escolaridade, uso de drogas, alcoolismo e famílias desestruturadas emocionalmente.

Os maus-tratos praticados pelos próprios pais ou responsáveis são extremamente comuns. Existem pesquisas que apontam a própria família (pai ou mãe) como o maior índice de agressão: pai, 25% dos casos; mãe, 50%; pais, 13%. As pesquisas também apontam que quem revela as violências são geralmente, a comunidade ou pessoas autônomas. Diante disso, é importante observar a dinâmica familiar, que trata a violência ou a negligência de forma natural, ou mesmo como uma forma de resolução de conflitos.

As consequências da violência contra crianças e adolescentes podem ser devastadoras, isso significa que todos os níveis de atenção à saúde precisam estar atentos a essa situação e implantar programas de prevenção e atenção, principalmente para famílias que vivem em contextos de risco social e pessoal.

Desta forma, prevenir a violência é possível e quanto mais cedo se inicia a prevenção, maiores são as chances de proteger os membros da família deste problema.

4.2.1 Os Fatores de Risco e Vulnerabilidade

Fatores de risco são marcadores (subjetivos ou objetivos) que visam à predição de agravos futuros (CASTIEL, 1996). Já o conceito de vulnerabilidade, enfatiza o contexto de vida social e histórico dos grupos sociais, sendo estreitamente relacionado ao esforço de superação por meio das práticas preventivas de saúde apoiadas no conceito de risco (BRASIL, 2010 p.19).

Assim, fatores de risco e vulnerabilidade consideram a chance de exposição das pessoas ao adoecimento e a outros agravos sociais como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos.

Enquanto os fatores de risco ou de vulnerabilidade representam sinais de alerta para a equipe para detecção precoce, os indicadores de violência já são motivos de suspeita e conseqüente notificação do caso.

4.2.2 Prevenção de Violências na Gestação

O período pré-natal é aquele que vai da concepção ao nascimento. Nesta fase, assim como durante o primeiro ano de vida, ocorre um ritmo mais acelerado de desenvolvimento do ser humano, sendo que em geral os agravos à mãe e ao feto pode resultar em danos permanentes à futura criança.

Aqui é importante lembrar que embora seja evento fisiológico, a gravidez nem sempre é planejada ou desejada, fato que pode aumentar consideravelmente os riscos que a cercam. Desta forma, além da implicação no bem estar físico, emocional e psíquico da mãe e na sua relação com o bebê, a **gestação indesejada** (GI) pode gerar a intenção ou a prática do aborto, a entrega do filho para adoção, ou mesmo o descuido gradual revelado pela negligência, violência das mais variadas ou abandono completo.

Durante a **gestação**, o bebê é capaz de sentir-se amado e seguro, o que o torna mais fortalecido e protegido. O acompanhamento pré-natal e da saúde materno-infantil é o recurso que mais pode oferecer apoio, suporte e proteção para o bebê e sua família.

Nesse período, a desvinculação da mãe com o bebê que está sendo gestado, ao lado do relacionamento hostil ou agressivo entre os pais e as atitudes agressivas ou indiferentes em relação ao bebê são os fatores que mais sinalizam para o profissional sobre o risco da ocorrência de violência atual e futura.

De modo geral, a literatura científica costuma denominar de GI aquela que ocorreu sem o planejamento de um ou ambos os pais. Enquanto que gestação não planejada (GNP) é definida por “Gravidez acidental, não intencional, incluindo a gravidez resultante de fracassos e medidas anticoncepcionais” (DECS, 2013). Entretanto “nem toda GNP é indesejada, nem toda GI é não planejada”. Isto porque o dinamismo da vida e a complexidade do ser humano não pode ser contida em único conceito.

Segundo estimativas da OMS metade das gestações não são planejadas, (BRASIL, 2013). Contudo, não se tem estatística de quantas destas gestações seriam realmente indesejadas. De posse deste entendimento, vê-se que uma GNP pode ou não levar a GI e isto dependerá da aceitação não somente da mulher mas também do progenitor, bem como a família, que também podem não desejar a chegada desta criança.

Na prática clínica observamos que toda GNP deve ser pesquisada quanto a fatores de risco que podem dificultar a aceitação e desta forma monitorada afim de observar precocemente os sinais de vulnerabilidade que podem indicar uma gestação também indesejada e portanto vulnerável a violência. Entretanto, atualmente entende-se que *“Toda e qualquer gestação é vivida de maneira ambivalente e, como tal, desperta necessariamente sentimentos de satisfação e de aversão”* (TACHIBANA, et. al, 2006).

Quadro 2 - Fatores que podem influenciar a aceitação da gestação

- ❖ Idade: Extremos etários como adolescência ou maturidade.
- ❖ Estado civil ou condição conjugal: solteiras e/ou sem companheiro.
- ❖ Condições de saúde.
- ❖ Situação sócio-econômica: falta de recursos financeiros, más condições de moradia, fase de estudo, desemprego.
- ❖ Falta de apoio ou amparo familiar e ou social.
- ❖ Gravidez resultado de estupro.
- ❖ Preocupações pessoais e sociais da gestante como: estética do corpo, priorização de sua liberdade, de sua carreira profissional, de seu relacionamento conjugal ou amoroso, de seu tempo e espaço, dentre outros.

Fatores emocionais como: o medo de ser mãe, o medo de não conseguir gestar, de não conseguir ser uma boa mãe, de não sentirem-se preparadas para criar/educar uma criança, de morrer no parto, de ser abandonada pelo companheiro, namorado, marido, família, medo das reações dos pais ou responsáveis diante da gravidez, medo da opinião de seu círculo de amizade dentre outros.

Fonte: FERRAZ; (2013; MOTTA, 2001 (Adaptado).

Com base no exposto entende-se que os profissionais devem atuar preventivamente em relação à violência, buscando desenvolver a aceitação de gravidez não planejada. Contudo, deve-se estar atento para não fazerem julgamentos precipitados de forma a também “violentar” a gestantes com suposições, às vezes errôneas, ou que não poderão ser compreendidas pela mulher ou família naquele momento.

Quadro 3 - Sinais de não aceitação da gestação, vulnerabilidade à violência e ações dos profissionais no pré-natal.

Sinais de não aceitação da gestação e vulnerabilidade à violência	Ações dos Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> • Início do pré-natal após o 1º trimestre ou sem este atendimento até o momento. • Falta dos preparativos habituais para o acolhimento do filho. • Não reconhecimento da paternidade. • Retardo no reconhecimento da gravidez e, em casos mais graves, do bebê. • Dificuldades constantes ou desinteresse no acompanhamento do pré-natal incluindo consultas e/ou exames. • Não seguimento dos tratamentos ou recomendações propostas pelos profissionais de saúde. • Referências negativas ao filho, visto como causador de dor, cansaço, abandono de metas e ideais, dificuldades financeiras ou mau relacionamento do casal. • Intenção de deixar o bebê aos cuidados de terceiros. • Desejo de abandono, seja pela falta de cuidados, seja para colocação para adoção. • Tentativa de abortamento. • Gestação no terceiro trimestre sem escolha do nome. • Queixas de sinais e sintomas sem causas orgânicas definida. • Exacerbação dos sinais e sintomas decorrentes da gravidez com pouca melhora da intervenção dos profissionais ou até evidências de violência fetal. 	<p>Pesquisar em caso de gestação não planejada, quanto a fatores de risco que podem dificultar a aceitação;</p> <p>Monitorar a gestação a fim de observar precocemente os sinais que podem indicar uma gestação também indesejada ou não aceita.</p> <p>Orientar sobre a importância de conversar e cantar para o bebê, acariciar a barriga e proporcionar outras demonstrações de afeto que abrem caminho para o fortalecimento do vínculo.</p> <p>Promover vínculos afetivos e de cuidado. Uma das ações que podem facilitar a formação de vínculos da mãe, família e o feto e ultrasonografia (USG) com identificação do sexo, pois caso o mesmo não seja o esperado pode-se trabalhar a aceitação antes do nascimento.</p> <p>Auxiliar a mãe ou família, quanto a escolha do nome, em caso de já ciente do sexo. Isto porque uma vez que nome faz parte da personalidade do indivíduo, sua escolha não deve ser negligenciada ou colocada em planos posteriores. Assim, se tiver no serviço acesso a internet ou livro de significados de nomes o profissional pode contribuir de forma a gerar uma expectativa positiva quanto a bebê.</p> <p>Ouvir os sentimentos da mulher grávida acerca da gestação e suas expectativas quanto ao bebê que ainda não nasceu.</p> <p>Oferecer à gestante e às suas familiares informações sobre os efeitos do fumo, da alimentação e do abuso de substâncias sobre a saúde do bebê e deles próprios.</p>

Fonte: PFEIFFER, (2008), apud BRASIL (2010 p.21) (Adaptado).

Para finalizar, sobre prevenção da violência no período pré-natal é importante lembrar que **“O apoio às mães e às famílias se reflete em respostas positivas às solicitações da criança e em maior afetividade”** (BRASIL, 2010 p.21).

4.2.3 Prevenção de Violências no Parto e no Puerpério

Ao nascer, o bebê está preparado para descobrir a si mesmo, as pessoas e o mundo ao seu redor. O contato carinhoso entre os pais e o bebê é indispensável para o

desenvolvimento do vínculo, especialmente quando se torna necessária a internação em UTI Neonatal.

Quadro 4 - Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade a violência detectados no parto e puerpério e ações dos profissionais.

Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade a violência detectados no parto e puerpério	Ações dos Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> • Condições desfavoráveis para vinculação da mãe com o bebê na gestação, que permanecem após o nascimento da criança. • Bebês com grandes necessidades de cuidado como: prematuridade, baixo de peso, alterações genéticas e outros. • Crianças com sexo ou aparência diferentes do imaginado pelos pais ou cuidadores. • Depressão materna na gestação, no período pós-parto e durante o primeiro ano de vida. • Dificuldade excessiva para a maternagem ou paternagem. • Recusa em amamentar. <p>Desmame precoce sem motivos aparentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cansaço em relação ao cuidado com o bebê e insegurança persistentes. • Queixas exageradas às demandas da criança e a suposição injustificada de doenças. 	<p>Fazer o diagnóstico da situação para que haja uma intervenção adequada e que inclua o tratamento da mãe em caso de depressão pós parto ou outros agravos que possam dificultar o vínculo materno-infantil.</p> <p>Facilitar o contato imediato entre os pais e o recém-nascido, bem como a amamentação.</p> <p>Priviligiar sempre que possível o alojamento conjunto ou método canguru*.</p> <p>Promover a visita do pai e família ao recém-nascido quando não existir condições orgânicas contrárias.</p> <p>Orientar que o contato pele a pele transmite amor e segurança ao bebê: abraçar, aninhar, aconchegar, massagear seu corpo, olhar em seus olhos, falar com ele, tudo isso são maneiras de vincular-se ao bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança.</p> <p>Monitorar as reações de pais iniciantes em relação ao bebê, observando se ocorrem sentimentos de rejeição, medo ou frustração quanto ao sexo da criança.</p> <p>Monitorar pais que seguram o bebê a distância, lidam com eles descuidadamente, solicitam ajuda excessiva e expressam ou demonstram desconforto ao cuidar do filho.</p> <p>Determinar o conhecimento que os pais têm das necessidades básicas de cuidado do bebê/criança e oferecer informações adequadas sobre assunto, conforme apropriado.</p> <p>Oferecer informações aos pais sobre como enfrentar o choro prolongado do bebê, salientando que não devem sacudir a criança.</p>

Fonte:BRASIL (2010 p.21, adaptado).

* A OMS orienta que o método “Canguru” pode ser usado como o cuidado do recém-nascido de baixo-peso, após estabilização inicial, pele a pele com a mãe, iniciado precocemente e mantido de forma contínua e prolongada. É indicado para o recém-nascido prematuro ou de baixo-peso estável, que necessita de proteção térmica, alimentação adequada, observação frequente e proteção contra infecções (MS, 2010 p.16).

4.2.4 Prevenção de Violência nos Primeiros Anos de Vida

Tão logo seja possível, é importante proporcionar que as famílias tenham capacidade para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas do bebê, ajudando assim a diminuir frustrações ou a dimensionar de forma mais realista as expectativas sobre a capacidade de entendimento da criança e a traduzir melhor seus comportamentos. Assim, nas consultas de atendimento, em especial as de puericultura, ou nas visitas domiciliares de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), é importante também informar que o choro é um instrumento de comunicação na etapa pré-verbal que comunica necessidades que precisam ser atendidas.

Na **infância**, a aquisição da linguagem e a crescente percepção do mundo possibilitam à criança absorver com maior intensidade os estímulos que recebe. Nessa fase, aspectos relativos à família são os principais responsáveis pela segurança e proteção da criança, evitando assim a exposição às situações de vulnerabilidades para a violência.

Até o terceiro ano de vida, a criança tem pouca capacidade de entendimento do relacionamento ou cuidado que lhe é dispensado, não conseguindo se opor a atitudes violentas como formas de convivência. Como depende do mundo adulto para sobreviver, reage a ele pelo que lhe é ensinado, pelo que recebe e pelo que percebe. Mas, independente da idade, a criança e o adolescente costumam agir com os outros do mesmo modo que as pessoas agem com eles, reproduzindo a violência ou o afeto que recebem (BRASIL, 2010).

Os Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil – IRDI disponível na ficha de puericultura pode auxiliar o profissional a identificação de situações que demandam maior atenção e conduta.

Quadro 5 - Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade a violência nos primeiros anos de vida e ações dos profissionais.

Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade a violência nos primeiros anos de vida	Ações dos profissionais
<ul style="list-style-type: none"> • Condições desfavoráveis para vinculação da mãe com o bebê na gestação, que permanecem após o nascimento da criança. • Depressão materna na gestação, no período pós parto e durante o primeiro ano de vida. • Dificuldade excessiva para a maternagem ou paternagem. • Recusa em amamentar. • Desmame precoce sem motivos aparentes. • Cansaço e a insegurança persistentes. • Queixas exageradas às demandas da criança e a suposição injustificada de doenças. • Bebês/criança com grandes necessidades de cuidado (p.ex. prematuridade, baixo de peso no nascimento, cólica, intolerâncias alimentares problemas de saúde no primeiro ano de vida, deficiências no desenvolvimento, hiperatividade e transtorno de déficit de atenção). 	<p>Fazer o diagnóstico da situação para que haja uma intervenção adequada e que inclua o tratamento da mãe.</p> <p>Orientar sobre proteção contra acidentes, esclarecendo a respeito de formas seguras de explorar o ambiente e da importância de brincar, estimular a curiosidade e a criatividade.</p> <p>Observar a qualidade das interações entre os membros da família e a criança pequena.</p> <p>Orientar sobre a importância da estimulação precoce para o desenvolvimento neuropsicomotor e das competências da criança.</p>

Fonte: BRASIL (2010 p.21); BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN (2010, p.97-99, adaptado).

4.2.5 Prevenção de Violência ao Longo da Infância e Adolescência

Desde bem pequena é importante que a família aprenda a colocar limites à criança. Isto pode e deve ser feito com firmeza, mas de forma amorosa e serena, uma vez que a criança já entende o “não” e, portanto, começa a diferenciar o permitido do não permitido. Estes limites colocados de forma amorosa ajudam a criança a descobrir o que pode ou não fazer. Com isso, conseguirá desenvolver o controle da impulsividade (“nem sempre posso fazer o que quero na hora em que quero”), formar hábitos e desenvolver a autodisciplina, essenciais para a aprendizagem.

O reconhecimento das fases de desenvolvimento e as demandas da criança podem ajudar a diminuir frustrações ou a dimensionar de forma mais realista as expectativas sobre a capacidade de entendimento dela e a traduzir melhor seus comportamentos. Essas informações são especialmente importantes para os pais de crianças e adolescentes com deficiência, que muitas

vezes não atendem às expectativas dos mesmos, que demandam mais trabalho e atenção e, por isso, se tornam mais vulneráveis às várias formas de expressão da violência.

4.2.5.1 Vivência da Sexualidade pela Criança Pequena

Como parte integrante do desenvolvimento geral, a sexualidade, deve ser considerada. Crianças pequenas vivenciam a sexualidade *“pela maneira como são tocadas, seguradas, confortadas, acariciadas, afagadas e cuidadas; por meio da exploração de si próprias e do aprendizado de qual é a sensação de seus corpos para elas mesmas; pela orientação dos pais – o aprendizado do que é e do que não é permitido fazer; por meio de palavras que os membros da família utilizam, ou não, para se referir às partes do corpo; ao observar como membros da família expressam afeição e carinho uns pelos outros...”* (SANDERSON, 2005, p. 32 Apud BRASIL, 2010 p. 17).

Quadro 6 - Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade a violência na infância e ações dos profissionais

Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade a violência na infância	Ações dos Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> • Filhos de pais que tiveram um ou mais filhos retirados de casa, ou que deixaram filhos anteriores com parentes por longos períodos. • Filhos de pais com histórico de abuso de substância, depressão ou doença psiquiátrica importante. • Filhos de pais que demonstram mais necessidades de educação para maternidade/paternidade (p.ex., pais com problemas de aprendizagem, pais que expressam sentimentos de inadequação, pais de primeiro filho, pais adolescentes). • Filhos de pais com histórico de violência doméstica ou mãe com histórico de várias lesões “acidentais”. • Filhos de pais com histórico de infância associada a abuso, rejeição, crítica excessiva ou sentimentos de desvalia ou falta de amor. • Filhos de pais em situações críticas capazes de desencadear abuso (p.ex. pobreza, desemprego, divórcio, perda da casa e violência doméstica). 	<p>Orientar sobre a importância de colocar limites com firmeza, de forma amorosa e serena.</p> <p>Orientar como as famílias podem reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas da criança.</p> <p>Enfatizar para a família a importância de valorizar a criança e o adolescente, elogiando seus pequenos progressos na evolução de habilidades e competências.</p> <p>Enriquecer os recursos de comunicação das famílias para que possam disciplinar sem violência, dizer o que não apreciam no comportamento da criança e do adolescente sem humilhá-lo ou depreciá-lo.</p> <p>Criar espaços e grupos nos quais os pais e cuidadores possam compartilhar as experiências e tirar dúvidas entre os que já passaram ou estão passando pela mesma fase da criação dos filhos.</p> <p>Ouvir os relatos de situações difíceis e as formas de enfrentá-las ajuda a perceber que suas dificuldades já foram vividas e superadas por outras famílias.</p> <p>Orientar os pais e/ou responsáveis sobre o desenvolvimento da sexualidade, que deve ser considerada parte integrante do desenvolvimento geral das crianças.</p> <p>Verificar se a família possui uma rede de apoio social adequada para auxiliar nos problemas familiares ou no cuidado da criança em situação de crise.</p> <p>Identificar explicações do cuidador sobre lesões da criança que sejam improváveis ou incoerentes, alegações de autolesão, atribuição de culpa e outras, ou demonstração de atraso na busca de tratamento.</p> <p>Verificar se os pais têm expectativas irreais quanto ao comportamento da criança ou se eles atribuem aspectos negativos ao comportamento de seu filho.</p> <p>Verificar se a criança tem obediência exagerada, como submissão passiva a procedimentos invasivos.</p> <p>Observar se a criança tem inversão de papéis, como confortar os pais, ou comportamento muito ativo ou agressivo.</p> <p>Ajudar as famílias a identificar estratégias de enfrentamentos de situações estressantes.</p> <p>Orientar aos pais métodos de punição não físicos para disciplinar os filhos.</p> <p>Envolver pais e filhos em exercícios de promoção de vínculos como atividades lúdicas, brincadeiras, gincanas.</p> <p>Oferecer a pais e filhos adolescentes informações sobre tomada de decisão e de comunicação.</p> <p>Oferecer a filhos mais velhos informações corretas sobre como satisfazer as necessidades básicas de cuidados dos irmãos menores.</p> <p>Oferecer às crianças afirmações positivas de seu valor, atendimento carinhoso, comunicação terapêutica e estímulos ao desenvolvimento.</p>

Fonte: (BRASIL, 2010 p.21; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010, p.97-99, adaptado).

Quadro 7 - Características da Infância e Adolescência e Ações dos pais para Prevenção da violência

Fase	Características da Fase	Possíveis Conflitos	Ações dos Pais para Prevenção da Violência
Fase Bebê Idade Aproximada: 0 aos 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Choro. - Dependência integral dos pais 	<ul style="list-style-type: none"> - Exaustão e irritação dos pais - Ciúmes dos irmãos - Competição do pai pela atenção da mãe 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a calma e paciência - Aprender a lidar com os novos sentimentos acarretados pelo nascimento do bebê - Reservar tempo para o bebê - Dar colo, pois transmite segurança - Deixar a criança sob os cuidados apenas de pessoas responsáveis
Fase Pré-Escolar Idade Aproximada: 2 aos 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Vontade - Curiosidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de acidentes ocasionados pela falta de noção do perigo e pela curiosidade. - Teimosia, a criança está aprendendo a manifestar sua vontade 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar claramente os limites, o que pode, e o que não pode e o porquê - Não ceder às birraças e teimosias; - Brincar bastante, transformando tudo o que se quer transmitir em boas brincadeiras. - Criar ambiente seguro de acidentes domésticos - Levar ao sair com a criança, brinquedos ou livrinhos para não a deixar impaciente e os pais irritados.
Fase Escolar Idade Aproximada: 6 aos 11 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Poder de argumentação. - Os pais são tomados como modelo de comportamento - Início da relação com a sociedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desobediência e desrespeito - Brigas com os irmãos - Bagunça - Teste dos limites estabelecidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Redobrar a paciência para “não explodir” - Expor cada vez mais claramente os limites, explicando a sua importância e o porquê da disciplina e da rotina - Cuidado com as atitudes e comportamentos inadequados que possam ser reproduzidas pela criança ao imitarem os pais - Valorizá-los pelo bom comportamento e elogia-los pelas suas conquistas.
Adolescência Idade Aproximada: 12 aos 19 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Início da descoberta da identidade - testa limites, questiona normas e valores convencionais, - adapta-se às pressões do ambiente para lidar com novas dúvidas e emoções. - Maior independência e contato social com o grupo de pares, pode tornar o adolescente mais ou menos vulnerável à violência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de se afirmar, levando-os a questionar os pais - Busca por grupos de amigos com quem se identificam. Os pais deixam de ser as pessoas mais importantes do mundo - Necessidade do apoio da família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dialogar, compreender, respeitar sua privacidade e suas escolhas, sem deixar de dar limites - Saber ouvir, ser flexível, negociar e ter bons argumentos - Compreender que os jovens têm idéias próprias - Conversar sobre uso de fumo, álcool e outras drogas - Dar afeto, atenção e orientação, reforçando sua autoestima e fazendo com que se sintam valorizados e seguros para enfrentar os desafios do mundo atual - Expressar afeto na linguagem que o adolescente entende ou mais gosta: carinhos, boas conversas, presentes apropriados, elogios, ajuda na execução de tarefas e outros.

Fonte: RIO DE JANEIRO (2013).

4.2.6 Indicadores de Violência contra Criança e Adolescente

Com frequência as crianças e adolescentes podem apresentar sinais e sintomas que nem sempre são evidentes, de forma que a observação cuidadosa deve ser realizada por todos os atores que compõe a equipe de atendimento em especial da atenção básica. Assim, abaixo estão relacionados os principais Indicadores de Violência contra Criança e Adolescente, bem como características do comportamento da criança, família e do agressor.

Quadro 8 - Indicadores de Violência contra Criança e Adolescente

Tipos	Indicadores de Violência Física	Comportamento da criança e do adolescente	Características da Família
Violência Física	Presença de lesões físicas, como queimaduras, hematomas, feridas e fraturas, que não se adequam à causa alegada. Ocultação de lesões antigas e não explicadas.	- Muito agressivo ou apático; Choro excessivo sem razão aparente; hiperativo ou depressivo; temeroso; Regressão a etapas do desenvolvimento anteriormente já ultrapassados como: enurese, encoprese, chupar o dedo, falar como bebê, tendências autodestrutivas e isolamento, baixa autoestima, tristeza, medo dos pais; - Distúrbios do sono, incluindo pesadelos, recusa de ir para cama, de dormir no quarto; medo do escuro, medo ser deixado com certas pessoas; - Apego excessivo e particularmente a certos adultos; - Mudança nos hábitos alimentares, tanto aumento como diminuição do apetite; - Alega agressão dos pais; relato de causas pouco viáveis às lesões; - Problemas sociais: Retraimento em situações sociais, fugas de casa, problema de aprendizado, faltas escolares.	Muitas vezes oculta as lesões da criança, justificando-as de forma não convincente ou contraditória; descreve a criança como má e desobediente; abusa de álcool ou drogas; possui expectativas irreais acerca da criança; defende uma disciplina severa; tem antecedentes de maus-tratos na família.
Violência Sexual	Infecções urinárias; dor ou inchaço na área genital ou anal; lesões e sangramento; secreções vaginais ou penianas; doenças sexualmente transmissíveis; dificuldade de caminhar; baixo controle dos esfíncteres; enfermidades psicossomáticas.	- Comportamento sexual inadequado para a idade; - Brincadeira repetitiva de sexo com bonecas, brinquedos, animais, com outras pessoas ou sozinha. Essa brincadeira geralmente tende a ser bastante específica, pois a criança simula o que aconteceu com ela e em geral ultrapassa os limites da exploração sexual normal para a sua idade; - Conhecimento explícito de atos sexuais, acima do nível de desenvolvimento normal para idade. Masturbação excessiva, chegando ao grau de irritar os órgãos genitais ou comportamento repetitivo, incessante, em público; - Falta de confiança em adultos; - Problemas sociais: fugas de casa; problema de aprendizado; faltas frequentes à escola; - Regressão a estado de desenvolvimento anterior; brincadeiras sexuais agressivas; comportamento promíscuo; vergonha excessiva e alegações de abusos; idéias e tentativa de suicídio; autoflagelação.	Oculta freqüentemente o abuso; é muito possessiva, negando à criança contatos sociais normais; acusa a criança de promiscuidade, Sedução sexual e de ter atividade sexual fora de casa; crê que o contato sexual é forma de amor familiar; alega outro agressor para proteger membro da família.
Violência psicológica	Problemas de saúde, como obesidade, afecção da pele, distúrbios do sono e dificuldades na fala; comportamentos infantilizados para idade; enurese noturna.	Comportamentos extremos de timidez ou agressividade, destrutividade e autodestrutividade; problemas do sono; isolamento; baixo conceito de si próprio; abatimento profundo; tristeza; idéia e tentativa de suicídio; insegurança.	Tem expectativas irreais sobre a criança; rejeita; aterroriza; ignora; desqualifica; exige em demasia; corrompe; isola; descreve a criança como má, diferente das demais.
Negligência	Padrão de crescimento deficiente; fadiga constante e pouca atenção; problemas físicos e necessidades não atendidas; vestimenta inadequada ao clima.	Comportamentos extremos de hiper ou hipoatividade; contínuas faltas ou atrasos à escola ou ao médico; comportamentos infantis ou depressivos. Dificuldade na aprendizagem.	É apática e passiva, não se importando muito com a situação da criança; tem baixa autoestima e severo desleixo com higiene; é despreocupada em resolver as necessidades de atenção da criança.
Comportamento do Agressor:			
<ul style="list-style-type: none"> • Tende a ser extremamente protetor, zeloso ou possessivo com a criança e/ou adolescente, negando-lhes contatos sociais normais; • Pode ser sedutor, insinuante, especialmente com crianças e/ou adolescentes; • Crê que o contato sexual é uma forma de amor familiar; • Pode acusar a criança de promiscuidade ou sedução ou ainda acreditar que ela tem atividade sexual fora de casa; • Pode contar histórias de abuso referindo-se a outros a fim de proteger a si mesmo e/ou a outro familiar; • Pode ameaçar a integridade física, psicológica e econômica da vítima e de sua família. 			

Fonte: (ASSIS, 1994, p. 24 Apud BRASÍLIA, 2008 p.15, adaptado).

4.3 Promoção da Saúde e Prevenção de Violências Contra a Mulher

A violência contra as mulheres é uma manifestação da relação de poder historicamente desigual entre homens e mulheres. É um fenômeno complexo, com causas culturais, econômicas e sociais, aliado a pouca visibilidade, à ilegalidade e à impunidade. Entre todos os tipos de violência existentes contra a mulher no mundo, aquele praticado no ambiente familiar é um dos mais cruéis e perversos. O lar, identificado como local acolhedor e de proteção, passa a ser, nesses casos, um ambiente de perigo contínuo, que resulta em um estado de medo e ansiedade permanentes.

Envolta no emaranhado de emoções e relações afetivas, a violência doméstica contra a mulher mantém-se, até hoje, como uma sombra em nossa sociedade.

Não é mera casualidade que 70% das três bilhões de pessoas vivendo em extrema pobreza no mundo sejam mulheres – o que se tem chamado de processo de feminização da pobreza ou que a cada 15 segundos uma mulher seja espancada no Brasil; ou que uma a cada três mulheres no mundo tenham sido espancadas ou violentadas sexualmente; ou que de 500 mil a dois milhões de pessoas, em sua grande maioria mulheres, sejam traficadas por ano, gerando um lucro de US\$ 7 a 12 bilhões – em outras palavras, a “venda” de mulheres é um dos “negócios” mais rentáveis do mundo, explicitando a objetualização e comercialização das mulheres; dentre outros (BRASIL, 2012 p.13).

As agressões são similares e recorrentes, acontece nas famílias, independente de raça, classe social, idade ou de orientação sexual de seus componentes.

A violência doméstica e familiar contra mulheres é a tradução real do poder e da força física masculina e da história de desigualdades culturais entre homens e mulheres que, por meio dos papéis estereotipados, legitimam ou exacerbam a violência.

4.3.1 Ciclo de Violência Doméstica

O “ciclo da violência” descrito a seguir, corresponde ao que geralmente acontece nos casos de violência contra mulheres. É necessário conhecê-lo para que as mulheres consigam acumular força suficiente para quebrar o ciclo e escapar da violência. No entanto, também aqui há alguns elementos que podem ajudar a entender os processos de violência contra crianças, adolescentes e idosos.

FASE 1: Tensão – Fase de construção:

Durante esta fase, incidentes verbais e de espaçamento em menor escala ocorrem. As vítimas usualmente tentam acalmar o espancador aceitando a responsabilidade pelos problemas dele, esperando com isso ganhar algum controle sobre a situação, mudando o seu comportamento.

FASE 2: Aguda (Explosão) – Incidentes de Espancamento

Esta fase se caracteriza por uma incontrolável descarga de tensão. O comportamento da mulher não tem haver com a explosão da violência. A mulher é espancada independente do seu comportamento diante do homem. Níveis severos; sufocar, bater com objetos, uso de armas e estupro. Há dois tipos de estupro na violência doméstica – um com armas e o segundo quando ela se submete por medo, ou seja, se ela chegar dizer “não” ele se zanga e a espanca.

FASE 3: Calma (Reconciliação) – Fase do Amor

Esta fase é bem acolhida por ambas as partes e se caracteriza por extremo amor e comportamento gentil. Ele sabe que foi longe demais, pede seu perdão e promove que nunca fará isso de novo. Ele realmente acredita que nunca irá feri-la novamente; acredita que pode controlar sua raiva de agora em diante.

- Síndrome do amorzinho: é como ele consegue voltar para casa;
- Síndrome da lua-de-mel: também conhecida como “corações e flores”, ou síndrome sedutora;
- Síndrome do super pai: ele lhe diz que será um grande pai se ela voltar;
- Síndrome da ressurreição: ele diz que está arrependido e que vai à igreja frequentemente;
- Síndrome da sobriedade: “Se ele parar de beber vai parar de me espancar”. A bebida não causa o espancamento – se assim fosse, eles espancariam estranhos na rua;
- Síndrome do aconselhamento: “Eu fui ao aconselhamento, não vou mais fazer isso”. Um aconselhamento a longo prazo é necessário e menos de 1% vai voluntariamente ao aconselhamento. Assim, geralmente ajuda se os profissionais puderem informar à mulher que:
- A violência doméstica é comum e pode estar acontecendo nas casas vizinhas à sua;
- Na maioria dos casos a violência não cessa – comumente aumenta a frequência e a gravidade das agressões;
- A exposição à violência ao longo prazo tem conseqüências graves na vida das crianças;
- Explicar e oferecer material escrito sobre o ciclo de violência doméstica;
- Oferecer informações sobre as opções legais e sobre os recursos da comunidade.

ATENÇÃO: Ao atender uma pessoa em situação de violência doméstica, o profissional deve fazê-lo sem pré-julgamentos, com uma postura de acolhimento, sem demonstrar sentimentos de pena e sem ditar o que deve ser feito. Isto é particularmente importante no caso de mulheres, que já recebem, na cultura dominante na sociedade, a carga de responsabilidade e culpa pelo que acontece em casa e à família.

4.3.2 Perfil do Agressor

- ✓ Um agressor que tem como alvo mulheres não as vê como pessoas e não as respeita como um grupo. De um modo geral, só enxerga as mulheres como uma propriedade ou como objeto sexual. Acredita na supremacia masculina e no papel estereotipado dos gêneros.
- ✓ Um agressor tem baixa autoestima e sente-se impotente e ineficaz no mundo. Ele pode aparentar ser um vencedor, mas sente-se derrotado. Está sempre se esforçando para parecer o “macho perfeito”.
- ✓ Um agressor tem dificuldade em confiar nos outros e teme perder o controle. Normalmente vive isolado socialmente e não demonstra outros sentimentos senão os de raiva. Vive normalmente tenso, não tendo capacidade de controlar a tensão de modo construtivo. Falta-lhe habilidade para criar amizades e tem dificuldade em ser assertivo sem ficar violento.
- ✓ Um agressor acredita que sua angústia emocional é causada por fatores externos. Justifica sua violência nas circunstâncias como tensão, comportamento da companheira, “dia ruim”, álcool ou outros fatores. Culpa os outros e não assume responsabilidade pelas ações que pratica. Frequentemente atribui aos outros um comportamento hostil, ou imagina provocações que não aconteceram.
- ✓ Um agressor pode ser agradável e encantador entre períodos de violência e pode parecer muitas vezes ser um “sujeito agradável” para estranhos. Pode parecer ter dupla personalidade e/ou evitar repugnar conflitos.
- ✓ Um agressor acredita que o sucesso do relacionamento é de responsabilidade da companheira – se a relação não dá certo a culpa é dela. Tem também frequentes conflitos com sua companheira sobre assuntos familiares, em especial sobre cuidar dos filhos.

4.3.3 Fatores de Risco ou Sinais de Vulnerabilidade para Violência contra a Mulher e Ações dos Profissionais

Quadro 9 - Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade para violência contra a Mulher e Ações dos profissionais

Fatores de risco ou sinais de vulnerabilidade	Ações dos profissionais
<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres com histórico de violência doméstica. • Mulheres que fazem abuso de substâncias. • Mulheres com doenças psiquiátricas (depressão, esquizofrenia e outras). • Mulheres com deficiência física ou mental. • Mulheres com relações insatisfatórias entre os parceiros domésticos. • Mulheres com múltiplas uniões em regime de casamentos. • Mulheres cujos companheiros (as) ou filhos são usuários álcool ou de drogas ilícitas. • Mulheres dependentes economicamente de outrem. • Mulheres com problemas de autoestima. • Mulheres desempregadas. • Mulheres com o nível de isolamento social existente na situação familiar. • Mulheres em situações de crises capazes de desencadear abuso, tais como pobreza, desemprego, divórcio ou morte de ente querido. • Mulheres cujo parceiros tem história de violência doméstica intrafamiliar, antecedente criminal 	<p>Ouvir com atenção a pessoa que começa a falar sobre os próprios problemas, procurando identificar sinais de violência doméstica e/ou sexual.</p> <p>Investigar mulheres com visitas repetidas ao serviço de saúde devido a problemas menores.</p> <p>Oferecer confirmação positiva do valor pessoal.</p> <p>Encorajar a manifestação de preocupações e sentimentos que podem incluir medo, culpa, vergonha e autorresponsabilização.</p> <p>Apoiar as vítimas, para que tomem medidas e façam mudanças para evitar mais vitimação.</p> <p>Auxiliar a mulher e a família a desenvolver estratégias de enfrentamentos de situações estressantes.</p> <p>Auxiliar a mulher e a família a avaliarem com objetividade, os pontos positivos e negativos nas relações.</p> <p>Encaminhar as mulheres em risco de abuso ou vítimas para serviços de referência conforme fluxo estabelecido.</p> <p>Encaminhar o parceiro que abusou para especialistas e serviços apropriados.</p> <p>Realizar programas de educação na comunidade com o objetivo de reduzir a violência.</p>

Fonte: BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN (2010, p.97-104, adaptado).

4.3.4 Indicadores de Violência contra Mulher

Alguns estudos têm demonstrado que os sinais e sintomas da violência doméstica nem sempre são visíveis ou diretos e que a mulher é muito susceptível à expressá-los de forma psicossomática (BRASÍLIA, 2008).

Abaixo listamos alguns destes agravos que podem sinalizar situação de violência doméstica:

- Transtornos crônicos, vagos e repetitivos
- Entrada tardia no pré-natal
- Companheiro muito controlador; reage quando separado da mulher
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária)
- Dor pélvica crônica
- Síndrome do intestino irritável
- Transtornos na sexualidade
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição
- Depressão
- Ansiedade
- Dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa- “*Dor que não tem nome ou lugar*”
- História de tentativa de suicídio
- Lesões físicas que não se explicam de forma adequada
- Fibromialgia

4.3.5 Barreiras para a Detecção de Violência Doméstica

Existem algumas barreiras para a detecção de violência doméstica nos Serviços de saúde que podem ser relacionadas com as características da mulher, da situação e também com o serviço de saúde (Ellsberg, 1998 apud FMUSP, 2003 p.13). Abaixo descreve-se alguns exemplos:

4.3.5.1 Barreiras Relacionadas a Mulher e a Situação Vivenciada

- Sente-se envergonhada ou humilhada.
- Sente-se culpada pela violência.
- Tem medo de ser culpada pela violência.
- Teme pela sua segurança pessoal e pela segurança de seus filhos.
- Teve más experiências no passado quando contou sua situação.
- Sente que não tem controle sobre o que acontece na sua vida.
- Espera que o agressor mude como prometeu.
- Crê que suas lesões e problemas não são importantes.
- Quer proteger seu companheiro por razões de dependência econômica ou afetiva.
- Tem medo de perder seus filhos e filhas.

- O agressor a acompanha ao serviço e não a deixa só com os profissionais.

4.3.5.2 Barreiras Relacionadas ao Serviço de Saúde

- Profissionais de saúde tem pouco conhecimento sobre a violência doméstica, ou dá pouca importância ao tema.
- A pressão para atender muitas pessoas por turno não lhes permite mencionar a violência.
- Os próprios profissionais sofrem /sofreram ou cometem /cometeram violência doméstica, ou conhecem casos com seus familiares e esta proximidade dificulta a ação.
- Podem conhecer pessoalmente o agressor ou membros de sua família e assim sentirem-se constrangidos em abordar o tema.
- Têm medo de represálias por parte do agressor.
- Profissionais com crenças e mitos como:
 - ♦ As mulheres merecem ou pedem o abuso, e que gostam de ser agredidas, senão não ficariam com o agressor.
 - ♦ Acreditam que a violência doméstica é um problema social ou legal, mas não um problema de saúde pública.
 - ♦ Não saberiam o que fazer se uma mulher lhes contasse sobre suas experiências de violência e por isto tem medo de perguntar.
 - ♦ A violência é um problema pessoal e privado, e os profissionais não tem o direito de intrometer-se neste tipo de assunto.
 - ♦ As mulheres podem sentir-se ofendidas se perguntarem diretamente sobre violência.
 - ♦ A violência doméstica não acontece entre mulheres profissionais ou famílias com maior poder aquisitivo.

4.3.6 Repercussões na Saúde Associadas à Violência Contra as Mulheres

As situações de violência doméstica e sexual repercutem nos serviços de saúde de forma paradoxal. Ao mesmo tempo em que há um maior uso dos serviços, pois as mulheres em situação de violência doméstica e sexual avaliam pior sua saúde e tem mais queixas e sintomas do que aquelas que não vivenciam estas situações. Esta assistência tem um baixo poder resolutivo, uma vez as queixas trazidas por estas usuárias podem ser vagas e repetidas. Assim, devido este uso repetitivo e ineficaz dos serviços, a assistência torna-se de alto custo.

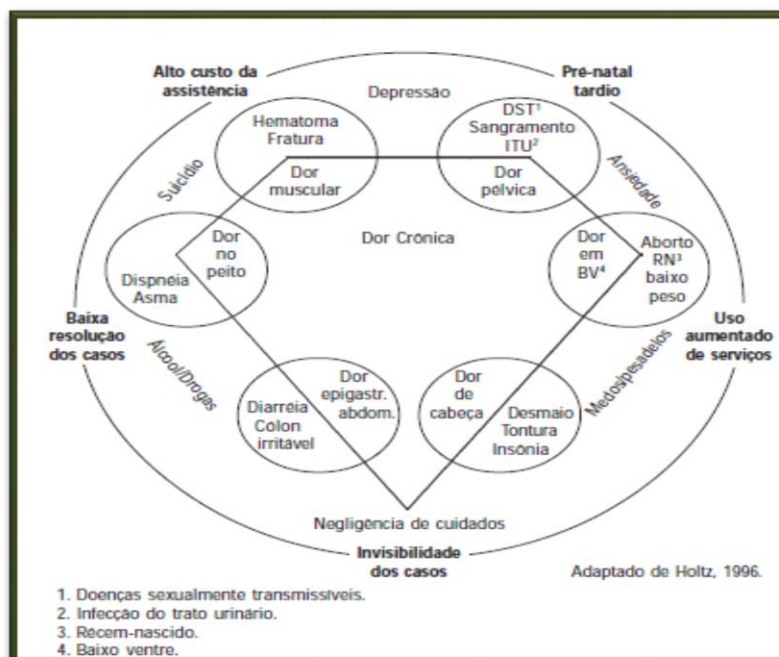
Isto pode se dar por diversos motivos:

- A situação de violência leva a um sofrimento crônico que parece debilitar as possibilidades da mulher de cuidar de si mesma e dos outros. A negligência de cuidados é reconhecida nos estudos,

através da medida de comportamentos e uso de serviços, mostrando que estas mulheres são mais propensas a: abuso de álcool, tabaco e drogas, possibilidade de sexo inseguro, entrada tardia no pré-natal, e pior adesão ao exame de prevenção de câncer cérvico-uterino (Schraiber et al, 2002a);

- A situação de violência afeta a possibilidade de a mulher discutir as decisões reprodutivas com seu parceiro, impondo a opinião de apenas um, levando a maior número de complicações sexuais e reprodutivas;
- Em muitas situações de agravos físicos, para as vítimas não há a necessidade de atendimento médico ou de enfermagem, de forma que, muitas não procuram os serviços de saúde e quando o fazem apenas uma parcela destas relatam o acontecido aos profissionais;
- A invisibilidade dos casos, do lado do serviço, só piora a situação. Estas mulheres acabam por serem rotuladas como poliqueixosas, somatizadoras, portadoras de distúrbios neuro-vegetativos, etc. Os processos patológicos que surgem associados à violência e ao sofrimento psicoemocional, se não forem abordados de forma integrada, resultam em casos de difícil solução, mesmo quando se trata de patologias mais simples e bem conhecidas. Esses casos estão sujeitos a iatrogenias e tornam-se frustrantes para os profissionais.

Figura 2 - Repercussões na Saúde Associadas à Violência Contra as Mulheres



Fonte: FMUSP (2003. p.16)

4.4 Promoção da Saúde e Prevenção de Violências Contra Homens

4.4.1 Aspectos Gerais e Sociais

Segundo o MS, a violência é um fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e psico-biológicos, que envolve práticas em diferentes níveis.

O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os adolescentes e jovens de sexo masculino são os que mais sofrem lesões e traumas por agressões, e estas agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres (SOUZA, 2005, Apud BRASIL, 2009 p.22). A agressividade está biologicamente associada ao sexo masculino e, em grande parte, vinculada ao uso abusivo de álcool, de drogas ilícitas e ao acesso as armas de fogo. Sob o ponto de vista sociocultural, a violência é uma forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a pratica.

Contudo, a violência, em particular a sexual, evidencia a vulnerabilidade humana diante do outro, a que homens e mulheres estão expostos. Nessa configuração de gênero, que identifica na masculinidade um lugar absoluto, consubstanciado em poder e controle, não há espaço para o reconhecimento, no homem, da vulnerabilidade presente no humano.

Quando se trata de violência sexual o mais evidente é a associação da vítima com a homossexualidade, uma vez que no senso comum entende-se que homossexuais do sexo masculino não são (e podem ser) penetrados, portanto, violentados. O que faz um corpo masculino passível de violência sexual é a suposta homossexualidade de seu portador, mas não se reconhece o corpo masculino, de um homem heterossexual, como um corpo penetrável por um ato violento, ainda que contra sua vontade e desejo.

Assim, as questões suscitadas pela idéia do homem como vítima de violência sexual traduzem uma interdição simbólica: trata-se de algo impensável, verdadeiro tabu. Recorre-se a um desejo inconsciente: ele deve ser homossexual. "Um homem, que é homem, resiste",

Desta forma, considerar que um homem estuprado é, no fundo, um homossexual, é o mesmo que dizer que uma mulher estuprada, no fundo, provocou o ato. A ambos é negada a violência do ato do qual foram vítimas.

Segundo alguns estudos há no imaginário popular a perspectiva de que o homem é visto como o agressor, e não como objeto de violência. Não é o ato em si que configura a violência, mas a definição prévia de quem é a vítima. Um mesmo ato pode ser considerado violência ou não, conforme a representação que se tem da vítima (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006).

Com isso, a integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o

homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação.

Desta forma, tendo em vista a multiplicidade de fatores que envolvem a violência, neste momento em consonância com o MS, opta-se por um recorte no que se refere violência contra homens, aquela que ocorre no ambiente doméstico, independente do vínculo familiar e a violência sexual seja ela no meio urbano ou domiciliar (BRASIL, 2009 p.22-23).

Quadro 10 - Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade para violência contra o homem

Fatores de risco ou sinais de vulnerabilidade	Ações dos Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> • Homens que fazem sexo com homens. • Homens com deficiência física ou mental. • Homens cujos filhos e/ou companheiros(as) são usuários de drogas ilícitas. • Homens dependentes economicamente de outrem. • Homens com problemas de autoestima. • Homens desempregados. • Homens com dificuldade para confiar nos outros que não gosta(m) de outros. • Homens com o nível de isolamento social existente na situação familiar. • Homens em situações de crises capazes de desencadear abuso, tais como pobreza, desemprego, divórcio ou morte de ente querido. 	<p>Identificar se o adulto em risco tem amigos próximos ou familiares disponíveis para ajudá-lo quando necessário.</p> <p>Observar a relação familiar, se há reações insuficientes ou exageradas por parte de um ou mais membros da família.</p> <p>Orientar que o cuidador seja substituído por outro quando esta tenso, cansado enraivecido demais para lidar com familiar dependente.</p> <p>Observar se o filho/dependente adulto é percebido de maneira diferenciada por um adulto em relação a sexo, aparência ou comportamento.</p> <p>Monitorar a criança/adulto dependente quanto à obediência exagerada, como submissão passiva aos procedimentos de saúde.</p> <p>Ouvir com atenção o adulto que começa a falar sobre os próprios problemas.</p> <p>Orientar membros adultos da família sobre sinais de abuso.</p> <p>Notificar as situações em que haja suspeita de abuso conforme fluxo.</p> <p>Encorajar o paciente a fazer contato com a polícia diante de ameaça à segurança física.</p> <p>Informar o paciente sobre leis e serviços relevantes em casos de abuso.</p>

Fonte: (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN;(2010, p.97-104, adaptado).

4.5 Promoção da Saúde e Prevenção de Violências Contra a Pessoa Idosa

No Brasil, atualmente, são 19 milhões de idosos e até 2020 essa faixa etária será a maioria da população brasileira. Apesar do slogan “terceira idade, melhor idade”, isso não é verdade, pois nossa civilização cultua o novo e o belo, sendo que belo é também novo. Mas esquecem que hoje somos jovens e amanhã seremos idosos (BRASÍLIA, 2009).

Com o Estatuto do Idoso, no ano de 2003, começa o processo de visibilidade de sua problemática, a partir da exigência de seus direitos. No entanto, a Lei ainda não foi absorvida

pela população. No Brasil, é reduzido o investimento em políticas públicas que possibilite uma longevidade com qualidade para essa faixa etária. Apesar de muitos indicadores positivos, a maioria das culturas ainda tende a separar, de forma real ou simbólica, o idoso, considerando-o inútil e descartável.

Estudos mostram que milhões de idosos no mundo são vítimas diárias de violência decorrente de golpes com objetos, pequenos empurrões, que podem resultar em fraturas, queimaduras e ferimentos. Grande parte dessa violência física é cometida por familiares, mas o idoso não denuncia por vergonha, culpa pelo fracasso das relações familiares, além do medo de aumentar as hostilidades ou de perder o “amor” da família. Ocorre também a omissão do acontecimento pela vítima por aceitação da violência como parte natural das relações familiares.

Outras formas de violência são a **negligência** com a saúde, com a alimentação e higiene; a **violência psicológica**; a **violência sexual** e o **abuso financeiro**, pois a vítima é presa fácil pela sua fragilidade tanto física como emocional.

4.5.1 Fatores de Risco e Sinais de Vulnerabilidade a Violência contra Idoso

É na terceira idade que as doenças são mais freqüentes, o que demanda mais cuidados por parte dos familiares e, por falta de manejo, sobrecarrega seus cuidadores, que por intolerância, estresse ou falta de vínculo afetivo maltratam esses idosos. É importante buscar alternativas no cuidado, bem como na divisão de tarefas entre várias pessoas para não sobrecarregar o cuidador ou cuidadora.

O idoso que aparentemente sofre mais violência é, na sua maioria, do sexo feminino, solteira/viúva, tem 75 anos ou mais, baixa escolaridade e apresenta alguma doença neurológica, reumática ou psiquiátrica.

A violência parece revelar ao idoso o sentimento de incapacidade em lidar com os filhos, os netos, o (a) companheiro (a) e em enfrentar o mundo que o cerca. Isso o leva à solidão e ao isolamento crescente. Portanto, as marcas da agressão contra o idoso não são apenas físicas, mas, sobretudo, psicológicas (BRASÍLIA, 2009).

Quadro 11 - Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade a violência na velhice e ações dos profissionais

Fatores de risco e sinais de vulnerabilidade a violência na velhice	Ações dos Profissionais
<ul style="list-style-type: none"> • Dependentes pelo declínio cognitivo, a perda de memória ou dificuldades motoras para realizar atividades do cotidiano. • Que recebem auxílio de apenas uma pessoa, pois demais familiares não podem ou não querem participar do cuidado. • Que acessam muito aos serviços de saúde. • Que sofreram 3 (três) ou mais quedas por ano. • Em situação de crise familiar capaz de desencadear abuso, como pobreza, desemprego, divórcio, falta de moradia ou morte de ente querido. • Que confiam em um único cuidador ou unidade familiar para oferecer assistência e monitoramento em cuidado físico prolongados. • Cujos cuidadores demonstram saúde física ou mental prejudicada e/ou abuso de substância. • Cujos cuidadores apresentam atitudes de intolerância ou crítica excessiva ao paciente, bem como ameaçam o paciente com abandono, hospitalização, internação em outra instituição ou procedimentos dolorosos. • Sob o cuidado de pessoas com expectativas irreais quanto a comportamento do mesmo ou que fazem atribuição negativas ao comportamento. • Que apresentam obediência excessiva às exigências dos cuidadores ou submissão passiva a procedimentos invasivos. 	<p>Verificar se o idoso e seus cuidadores têm uma rede de apoio social funcional para auxiliá-lo na realização das atividades cotidianas e a obter atendimentos de saúde, transportes, terapia, medicamentos, informações sobre recursos da comunidade, aconselhamento financeiro e assistência para problemas pessoais.</p> <p>Observar se há visitas repetidas a serviços de saúde devidos a lesões, monitoramento inadequados de saúde, supervisão inadequada, ou adaptações inadequadas do ambiente.</p> <p>Proporcionar aos pacientes afirmação positiva de seu valor e permitir que manifestem preocupações e sentimentos que podem incluir medo, culpa, vergonha e autorresponsabilização.</p> <p>Auxiliar os cuidadores a investigar seus sentimentos em relação aos pacientes sob seus cuidados e identificar fatores que incomodam e pareçam contribuir com comportamentos abusivos ou negligentes.</p> <p>Auxiliar idosos e familiares a identificarem condições inadequadas prejudiciais de cuidados e ajudá-los a encontrar mecanismos para solucionar esses problemas.</p> <p>Discutir os indicadores de risco, individualmente com o paciente idoso e com o cuidador.</p> <p>Determinar o conhecimento e habilidade do paciente idoso e do cuidador para atender às necessidades de cuidado e segurança do paciente e oferecer orientação adequada.</p> <p>Ajudar os pacientes e familiares a identificarem estratégias de enfrentamento de situações de estresse, inclusive a dificuldade de decidir quanto ao encaminhamento ou não do idoso para uma instituição de longa permanência.</p> <p>Detectar desvios do envelhecimento normal e observar sinais e sintomas precoces de saúde deficiente por meio de exames de saúde rotineiros.</p> <p>Promover o máximo de independência e autocuidado, por meio de estratégias inovadoras de ensino e uso da repetição e ritmo individualizado.</p> <p>Realizar avaliação do ambiente doméstico e recomendar adaptações na casa para promover autoconfiança física, ou encaminhar a organização de assistência apropriadas.</p> <p>Auxiliar no restabelecimento de uma ampla gama de atividades da vida diária, conforme as possibilidades.</p> <p>Orientar sobre os benefícios de um regime de atividade física rotineira; oferecer programas individualizados de exercícios e encaminhar a fisioterapia ou a programa de exercícios, quando apropriado, para evitar dependência.</p> <p>Implementar estratégias para estimular o raciocínio crítico, a tomada de decisão e a memória.</p> <p>Oferecer informações sobre recursos comunitários a pacientes idosos e seus cuidadores, inclusive endereços e telefones de locais que ofereçam assistência de serviços a idosos, atendimento de emergência, assistência para abrigamento.</p> <p>Alertar os pacientes sobre para não aceitarem atendimento pessoal em troca de transferência de bens e para não assinarem documentos ou fazerem acordos financeiros antes de procurarem assistência jurídicas.</p> <p>Encorajar pacientes e familiares para planejar antecipadamente as necessidades de cuidado, inclusive quem assumirá a responsabilidade se o paciente ficar incapacitado.</p> <p>Consultar os recursos da comunidade existentes em busca de informações.</p> <p>Solicitar apoio de outros membros da equipe ou de outros serviços para avaliação, monitoramento do caso.</p> <p>Notificar a suspeita de abuso ou negligência de qualquer natureza.</p>

Fonte: (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010 p.97-99, adaptado).

4.5.2 Sinais de Violência Contra a Pessoa Idosa

Quadro 12 - Sinais de Violência contra a pessoa idosa

VIOLÊNCIA FÍSICA	VIOLÊNCIA SEXUAL	VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	NEGLIGÊNCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Lesões em estágios diferentes de cicatrização • Lacerações • Abrasões • Contusões • Queimaduras • Fraturas inexplicáveis • Trauma com objeto cego, manchas com ausência de cabelos ou couro cabeludo sensível • Marcas de mordida humana. • Lesões que se mostrem improváveis, inconsistentes, com alegação de autolesão, culpabilização de outras pessoas, inclusive atividades que ultrapassem as capacidades físicas do idoso, ou que demonstrem atraso na busca de tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presença do sêmen ou sangue ressecado; • Lesão na genitália externa, vagina, anus ou pênis; • Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); • Mudanças drásticas no padrão de saúde com etiologia indeterminada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medo, raiva, confusão, retraimento • Baixa autoestima, • Depressão, • Humilhação e sentimento de derrota; • Comportamento excessivamente cauteloso perto do cuidador, • Autoagressão ou gestos suicidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene insatisfatória; • Roupas inadequadas para a estação ou inapropriadas; • Ausência nos retornos agendados; • Lesões de pele não tratadas ou contraturas; • Integridade da pele prejudicada e úlceras de decúbito; • Desnutrição ou falta de adesão à dieta prescrita; • Privação ou auxílio inadequado para a mobilidade e percepção (bengala, óculos, aparelho auditivo); ausência de dentaduras ou dentes cariados ou quebrados; • Escoriações no períneo e fissuras na pele; problemas de saúde não tratados; • Admissões hospitalares repetidas por supervisão inadequada do cuidado de saúde; • Infestação de vermes; falta de medicação ou sedação excessiva; • Privação de contatos sociais.

Fonte: BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010, p.97-99, adaptado).

4.6 Prevenção da Violência na Família e na Comunidade

A família é uma teia de vínculos e de emoções que se expressa simultaneamente por meio do amor e do ódio. É nesse âmbito que as gerações se defrontam mútua e diretamente e os sexos definem suas diferenças e relações de poder. As funções da família são, basicamente, a social e a de reprodução ideológica. Quer dizer, os valores e crenças de cada pessoa – mulher e homem – são passados para os descendentes e divididos entre todos os membros da família. Assim, como porto seguro, onde seus integrantes a têm como referência central para si mesmos e nela procuram refúgio sempre que ameaçados. No entanto, há vários casos em que, no núcleo familiar, acontecem situações extremamente dolorosas, que modificam para sempre a vida de um indivíduo, deixando marcas em sua existência, iniciando-se pelos conflitos familiares.

Conflito familiar pode ser o nome escolhido para discussão da violência no espaço da família e da comunidade. O tema trás a idéia de que o conflito antecede a própria violência, sendo esta, a forma mais cruel de lidar com o conflito. Ao mesmo tempo oferece a atividade para contextos de ameaças ou violência iminente, antes mesmo que uma agressão física se instale, o que corresponde a situações de violência psicológica. O nome evita também a estigmatização da situação de violência e acolhe situações de grave dificuldade de relacionamento mas que são comuns na vida doméstica (FMUSP, 2003).

Na atualidade, a família como instituição tem sido extensamente debatida por muitas áreas do conhecimento. Suas funções passaram por mudanças significativas. O próprio conceito de família modificou histórica e culturalmente. Contudo, sua importância e seu papel essencial permanecem.

O que mudou, e muito, são as suas configurações, tendo hoje além daquelas nucleares, as monoparentais, em geral liderada pela mãe. Entretanto dentro destas, as separações e recomposições dos casais vão formando muitas famílias constituídas de pai, mãe, os filhos de uniões anteriores e mais os filhos em comum. Há ainda outros arranjos, como o constituído por casais homossexuais e seus filhos concebidos com as novas técnicas, ou adotados, que vêm ganhando espaço e reconhecimento no ambiente social e jurídico (SCHLITHLER; CERON; GONÇALVES, 2013).

Embora não seja possível apresentar provas sistemáticas à respeito, estas novas configurações acrescidas da mudança no papel social da mulher que a levou ao mercado de trabalho, as novas idealizações do mercado de consumo, bem como o próprio modelo capitalista tem sido importante para o incremento da violência em nosso meio.

Assim, prevenir a violência é possível e deve iniciar-se mais precocemente possível.

4.6.1 Ações Clínicas e Educativas dos Profissionais para Prevenção da Violência na Família e na Comunidade

A violência intergeracional, é uma situação bastante freqüente. Desta forma, trabalhar situações de violência no âmbito familiar exige muitas vezes além de ações clínicas, ações educativas tanto para o indivíduo como família e também na comunidade, com vistas a quebrar o ciclo da violência. Para tanto, abaixo descrevemos algumas dessas ações como:

1. **Orientar** as famílias sobre a resignificação das relações familiares em prol da tolerância e da formação de vínculos protetores.
2. **Acompanhar** e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes.
3. **Buscar** apoio de outros profissionais, quando julgar pertinente, e articular as ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e de proteção social no território.
4. **Reduzir** os efeitos deletérios da violência ocorrida: A prevenção da violência também pode ser feita ao se buscar reduzir os efeitos deletérios e suas consequências. Espera-se do profissional habilidades para analisar cada caso e construir junto à família e à equipe de sua unidade um projeto terapêutico para a pessoa e para o autor da agressão.
5. **Prevenção** de recidiva: Há ainda a possibilidade de fazer prevenção evitando que as violências que já ocorreram voltem a acontecer, seja nas relações atuais ou se perpetuando pelas gerações futuras (violência intergeracional). Inicia-se pela adoção de medidas preventivas à ação violenta, demonstrando com a necessária firmeza que crianças, adolescentes, idosos, gays, lésbicas, e qualquer outro grupo são sujeitos de direitos e, portanto, a sociedade não tolera que sejam alvos de violações. Nessa perspectiva, a ação dos profissionais ganha um papel crucial e para isso é indispensável proporcionar a educação permanente dos técnicos que atuam nos serviços.
6. **Acompanhar** e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes.
7. **Articulação** de redes e mobilização da comunidade: As estratégias desenvolvidas no espaço do território também se mostram eficientes. Destacam-se:
 - ✓ Ações voltadas para a organização de redes e para mobilização da comunidade e pessoas (vizinhos, amigos outros familiares), tendo como principal meta seu fortalecimento;
 - ✓ A utilização de mentores (orientadores) para as crianças e adolescentes em situação de risco;
 - ✓ A promoção de atividades de recreação;
 - ✓ Atuação de outros atores da rede de atenção, cuidado, defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes e outros por serem de importância fundamental para minimizar a violência, o profissional de saúde deve buscar meios para acioná-las. Um exemplo de medida preventiva desse tipo é a redução da presença ou do acesso às drogas, ao álcool e às armas.

8. Fomentar discussões sobre o tema violência sexual: De forma preventiva o tema pode ser pautado nas escolas, creches, família ou grupos de adolescentes, mulheres, planejamento familiar, grupo de pais entre outros. Utilizando linguagem apropriada às faixas etárias, a questão da sexualidade e dos toques corporais socialmente adequados e inadequados (crianças, adolescentes, mulheres e mesmo adultos) devem ser discutidos amplamente.

4.7 Fatores de Proteção da Violência

Os fatores de proteção caracterizam-se por atributos pessoais, familiares ou sociais que minimizam ou neutralizam o impacto do risco. Quanto mais atuantes, maior é o seu efeito positivo na vida das crianças e dos adolescentes (ASSIS; AVANCI, 2009 Apud BRASIL, 2010 p.21) manifesto por:

a. Vínculos seguros: Durante todo o ciclo de vida, a formação de vínculos seguros deve ser objeto do trabalho dos profissionais de saúde, uma vez que estes facilitam a formação da autoestima, da resiliência e da visão positiva do mundo. Já os vínculos pouco amorosos ou inseguros conduzem a problemas emocionais posteriores. O vínculo seguro significa amor com sensibilidade, aconchego, sintonia e é fundamental para reparar rupturas, negociar caminhos de vida atravessando adversidades e superando obstáculos.

b. O cuidado caloroso, afetuoso e respeitoso dado à criança ou a pessoa de modo geral é um privilegiado fator protetor no desenvolvimento de potencialidades fundamentais, como autoestima, sentimento de confiança (em si e no mundo), autonomia, aprendizado dos limites e potencial de superação de problemas, os quais são também importantes fatores de proteção à situação de violência.

c. Sexo da criança, no caso das crianças, ser menino ou ser menina também pode significar fator de risco ou proteção a determinadas formas de violência. Crianças do sexo masculino estão mais sujeitos a sofrerem violência física, ao passo que as do sexo feminino correm mais risco de sofrerem violência sexual (BRASIL, 2010 p.22).

d. A existência de um projeto de vida baseado em sonhos e metas.

e. O envolvimento em atividades de lazer, esportivas ou educativas em grupo de pares (grupos comunitários, religiosos, sociais etc).

- f. **Estabelecimento** de relações afetuosas e seguras com adultos.
- g. **Supervisão familiar** com limites delimitados e amorosos.
- h. **A religiosidade** são aspectos de proteção.
- i. **Referência de um adulto**, para crianças e adolescentes, também contribui de forma significativa para contrabalançar os conflitos com os pais, frequentes nessa fase da vida (ASSIS; AVANCI, 2009, Apud BRASIL, p.22).

5 NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO CLÍNICO

Os Elementos da Abordagem profissional em situação de violência devem envolver o Acolhimento, Formas de Abordagem do tema, Proteção, Intervenção, Prevenção.

5.1 Acolhimento

O MS entende que o acolhimento não é um espaço, local ou procedimento, mas uma postura ética “independente da hora e não é específico de nenhum profissional embora seja dever de todos que assiste” (BRASIL, 2009)”.

Isto pressupõe ouvir atentamente, não julgar a partir de seus preconceitos, refletir sobre o caso e avaliá-lo com outros profissionais da equipe, buscar entender seu problema, a origem de seu sofrimento e as dificuldades que ela tem. Qualquer profissional de saúde bem treinado pode operar esta atividade. Embora não seja uma regra, é preferível que tratando-se de atendimento a pessoa adulta, o profissional seja do mesmo sexo, pois isto torna mais fácil o estabelecimento da empatia e um menor constrangimento da pessoa.

5.1.1 Competência Resolutiva

O acolhimento em saúde não significa a introdução em todos os serviços de assistências psico-terapêuticas ou outras assistências, social, jurídica, médica especializada, mas envolve o reconhecimento do problema, seu acolhimento e orientação são uma tradução não usual das “queixas” das pacientes. Ao invés dos profissionais ficarem inconformados com pacientes que não tem “doença de verdade”, ou que não se cuidam/curam, podem oferecer lentes diversas para abordar o problema, redefinindo as rotas de vida e saúde possíveis. Trata-se de criar um espaço de escuta/expressão que também representa momento de orientação. Um espaço onde a mulher possa compartilhar suas dúvidas, anseios, temores, expectativas e incertezas; possa contar com apoio respeitoso a ela como ser humano digno de direitos e deveres. Um lugar onde ela pode obter informações sobre os serviços disponíveis na cidade para problemas de seu tipo, refletir sobre suas opções de vida passada e futura e redirecionar caminhos (FMUSP, 2003).

5.1.2 Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR)

A estratégia do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) é uma ação que visa oferecer serviços de saúde a partir dos critérios técnicos, éticos, humanísticos e de acordo com as necessidades dos usuários.

De forma geral AACR tem por objetivos:

1. Preservar a vida;
2. Diminuir o impacto das agressões através de uma atitude acolhedora e de medidas clínicas e sociais assertivas dos profissionais envolvidos no atendimento;
3. Desencadear as ações da rede de Proteção a Pessoa em situação de violência;
- 4- Dar continuidade no atendimento após as primeiras medidas.

Neste protocolo, as especificidades que envolve o AACR serão abordadas por ciclos de vida a partir do Fluxograma 1.

5.1.2.1 Objetivos e Ações Específico do AACR

1. Acolher significa dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender. Parece, também, guardar o sentido da inclusão, do oferecer espaço, conforto e abrigo. No contexto dos serviços de saúde, acolher significa “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela”.

O acolhimento deve ser realizado por toda equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado, ou seja, o acolhimento fundamenta-se no trabalho integrado de toda a equipe de saúde, sendo um processo que requer a participação multiprofissional e não pertence apenas à equipe de enfermagem.

2. Avaliar significa determinar valor, preço ou importância a alguma coisa, reconhecer sua grandeza, intensidade e força. Nos serviços de saúde, frente ao usuário, refere-se a interpretar e julgar uma determinada situação.

3. Classificar o Risco permite aos profissionais de saúde estimar o grau de vulnerabilidade de cada usuário mediante o uso de parâmetros técnicos e protocolos. Tem a finalidade de identificar as pessoas que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento físico e/ou psíquico.

Especificamente em relação ao atendimento às vítimas de qualquer tipo violência, os profissionais devem estar atentos que este trabalho envolve o cuidado no sentido mais amplo da palavra.

Em outras palavras, fica claro que em casos de violência exige que além do conhecimento técnico procedimentos e equipamentos (tecnologia dura-leve e dura) é preciso utilizar amplamente a tecnologia leve especificada através de atitude acolhedora e cuidadora.

Por tecnologias se denominam os instrumentos aplicados de forma a alcançar determinado objetivo. São classificadas em tecnologia dura, dura-leve e leve. Tecnologias duras

são aquelas centradas em máquinas e objetos como estetos, termômetros, aparelhos em geral, procedimentos técnicos necessários para o exercício de determinada tarefa ou profissão, dura-leve representa o conhecimento técnico-científico profissional e tecnologia leve, são aquelas centradas em relações construídas entre e com os profissionais e usuários (MERHY, 1997).

Neste sentido algumas atitudes gerais devem ser tomadas como:

- Proteger a identidade da vítima deve ser um compromisso ético profissional. Portanto, essa situação deverá ser relatada somente às pessoas que irão tratar com a vítima;
- É relevante que o profissional deixe claro para o paciente a sua disponibilidade para escutá-lo, sem fazer julgamentos, favorecendo o vínculo de confiança;
- Tratar a Pessoa e a família gostaria de ser tratado, com respeito e atenção;
- Oferecer a vítima privacidade;
- Não fazer promessas que você não possa cumprir, nem prometer guardar segredo antes de saber o que será revelado;
- Respeitar a singularidade de cada paciente;
- Propiciar um ambiente adequado para expressão dos sentimentos e fatos ocorridos;
- Fazer uma escuta ativa;
- Demonstrar sempre muita atenção e compreensão;
- Lembrar sempre que a culpa não é da vítima;
- Manter sigilo das informações com membros da equipe não envolvidos no atendimento;
- Não emitir juízo de valor;
- Ter conduta profissional frente à demanda do usuário, correspondendo às suas expectativas e necessidades;
- Orientar a família para evitar comentários sobre o ocorrido com vizinhos e/ou amigos, pois a exposição gera nova violência a vítima.

5.1.2.2 O AACR a criança com suspeita de Violência

- A família deve ser envolvida no atendimento, para que possa contribuir com o tratamento do paciente, além de possibilitar uma melhor relação entre seus membros;
- Tratando-se de criança ou incapaz, observar o relato e a atitude dos pais ou responsável durante a consulta – que podem ser de aparente preocupação e de extensiva colaboração com a equipe de saúde, mas percebe-se uma ausência de angústia quanto à gravidade das lesões, o que não ocorre habitualmente com outros responsáveis de pessoas acidentadas;
- Conversar primeiro sobre assuntos diversos, podendo contar com apoio de jogos, desenhos, livros e outros recursos;

- A criança/adolescente deve ser ouvida sozinha, com respeito e privacidade;
- Utilizar as mesmas palavras que a criança para identificar as diferentes partes do corpo;
- Não fazer promessas que você não possa cumprir, nem prometer guardar segredo antes de saber o que será revelado;
- Acompanhar os desdobramentos da notificação;
- Se o agressor é alguém da família, não é conveniente informá-lo imediatamente. A criança poderá sofrer riscos ainda maiores. Nesse caso, deve-se entrar em contato, de modo estratégico, com membros não agressores, de preferência com indicação da criança;
- Orientar sobre a importância do tratamento para o agressor, se ele for da família;
- Refletir estratégias protetoras, pois a família tende a se situar, face ao sofrimento, também como vítima;
- Orientar a família para evitar comentários sobre o ocorrido com vizinhos e/ou amigos, pois a exposição gera nova violência à vítima;
- **Perguntas que devem ser evitadas:** As que implicam censura e participação ativa da criança/adolescente como **“Por que você não chamou um adulto?”** Perguntas diretas (inquisitórias): **por quê?** Perguntas que obriguem à precisão de tempo para crianças pequenas: **quando?** Neste caso é importante associar sempre a festas comemorativas, como natal, páscoa, aniversários.
- Evitar a revitimização

* **Revitimização:** É a repetição de atos de violência pelo agressor ou a repetição da lembrança de atos de violência sofridos quando o relato do trauma necessita ser repetido para vários profissionais; é uma forma comum de violência. Isso pode acarretar prejuízo também para a justiça, pois a vítima, por cansaço, pode omitir fatos ou, por considerar que está chamando a atenção, pode aumentar os acontecimentos.

Outras formas de revitimização é a peregrinação pelos serviços de saúde para receber atendimento ou, quando esse atendimento é sem privacidade, expor a dor e sofrimento diante de terceiros. Essa falta de sigilo pode estigmatizar a vítima, agravando o trauma.

O acompanhamento da vítima por profissional de saúde favorece a interlocução interinstitucional com consolidação da Rede, minimiza a revitimização, favorece o vínculo, contribui para a adesão ao tratamento, entre outros benefícios. Para a não revitimização, é importante **evitar**:

- Desconsiderar o sentimento da vítima;
- Falar frases como: “isso não foi nada”, “vai passar”, “não precisa chorar”;
- excesso de zelo;
- hostilidade;
- culpar a da vítima;
- Fazer julgamento de valor, demonstrando surpresa, choro, horror (sinais de censura ou desaprovação);
- frases de humor negro.

A abordagem do problema violência doméstica e sexual nos serviços requer uma técnica específica de conversa e um bom conhecimento das referências existentes (jurídico, policial, serviço social, psicologia, ONGs, organizações religiosas, esportivas e culturais) para que o profissional possa apoiar a pessoa a tomar a decisão sobre a melhor alternativa para o seu caso. É o que tentaremos detalhar a seguir. Os princípios abordados aqui são úteis a qualquer profissional para uma abordagem inicial do assunto. Mas dependem de um conhecimento da rede local de apoio e de uma decisão institucional para abordar o tema, com fluxos e instrumentos de registro pré-definidos.

Não será discutido aqui o conteúdo das atividades especializadas, mas tão somente o conteúdo de uma primeira abordagem do tema e referenciamento (FMUSP, 2003).

5.2.1 Identificando a Pessoa em Situação de Violência

Para que possamos identificar a pessoa em situação de violência existem diversas propostas, neste momento escolhemos estas duas:

- a) Acolhendo o relato espontâneo;
- b) Perguntando quando há suspeitas:

A melhor estratégia para lidar com esta suspeita é a pergunta direta, que facilita as pessoas que querem discutir o problema a iniciar a abordagem do assunto. Entretanto a depender da pessoa bem como do profissional as vezes pode-se usar a pergunta indireta.

5.2.1.1 Formas de perguntar diretamente à pessoa

- Como você deve saber, hoje sabemos que muitas pessoas são agredidas física, psicológica ou sexualmente, e sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isto aconteceu alguma vez com você?
- Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas. Isto aconteceu com você?
- Alguém lhe bate?
- Você já foi forçada a ter relações sexuais com alguém?

5.2.1.2 Formas de perguntar indiretamente à pessoa

- Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro (a)?

- Você está com problemas no relacionamento familiar?
- Você se sente humilhada(o) ou agredida(o)?
- Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?
- Você e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito?
- Quando vocês discutem, ele fica agressivo?

5.3 Proteção

Proteger a vítima de violência pode significar não agir prematura ou impulsivamente, buscar informações complementares sobre o caso, pensar em formas de intervenção e encaminhamento (medidas protetivas) junto à equipe. Entretanto como forma prática tratando-se de pessoa adulta, recomendamos a orientação quanto ao **Plano de segurança como segue:**

Quadro 13 - Plano de Segurança a pessoa em situação de violência

- Identifique um ou mais vizinhos para o(s) qual (is) você pode contar sobre a violência, e peça para eles ajudarem se ouvirem brigas em sua casa;
- Se a briga for inevitável, certifique-se de estar em um lugar do qual possa fugir e no qual não haja armas;
- Planeje como fugir de casa em segurança, e o lugar para onde você poderá ir, caso necessário;
- Deixe em um lugar seguro um pacote com cópias de seus documentos e dos documentos de seus filhos, dinheiro, roupas e cópia da chave de casa, para o caso de ter de fugir rapidamente;
- Faça um acordo com alguma vizinha (o) em quem possa confiar, e combine um código de comunicação para situações de emergência, como: “Quando eu colocar o pano de prato para fora da janela, chame ajuda” ou “Quando ouvir briga, chame os vizinhos para bater em panelas na frente da casa”;
- Nunca brigue na cozinha ou em local em que haja armas ou facas.

Fonte: Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões Apud BRASÍLIA (2009 p.28).

5.4 Intervenção

Cabe à equipe multiprofissional decidir sobre a melhor forma de intervenção e encaminhamento dos casos. A questão da violência deve ser vista como um problema familiar e social e não apenas relacionado à vítima e ao agressor.

- Mapear conjuntamente a rede de suporte social que ela já tem ou pode acionar, como seu trabalho, amigos, família, recursos materiais. Apontar as possibilidades e reforçar pontos positivos;

- Mapear potenciais riscos que a mulher pode correr (presença de armas e ameaças) e avaliar junto com a mulher sobre tais riscos, tentativas anteriores e formas de prevenção;
- Discutir os planos da pessoa para a vida dela, buscando encontrar alternativas à situação atual.

5.5 Prevenção

Conforme discutido no capítulo 4, a prevenção pode ser entendida como uma estratégia de promoção da saúde, na medida em que previne e controla os agravos, por meio da criação de condições de proteção e defesa de indivíduos e grupos que se encontram em situações de riscos e de vulnerabilidades específicas.

Atua no campo da identificação de doenças e agravos, do diagnóstico, tratamento e cuidados, sem prejuízo da assistência na readaptação e reabilitação (BRASIL, 2010).

5.6 Aspectos Legais do Atendimento em Casos de Violência

5.6.1 Notificação

A Notificação da violência interpessoal/autoprovocada é de notificação compulsória em todo o território nacional e deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizando-se a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, sendo que nos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio a notificação deverá ser imediata (BRASIL, 2016).

Os profissionais de saúde no exercício da profissão têm o dever de notificar. Conforme pactuações locais, profissionais de outros setores, como educação e assistência social, podem também realizar a notificação. Serão objetos de notificação caso suspeito ou confirmado de:

- violência doméstica/intrafamiliar (todas as naturezas/formas) contra pessoas do sexo masculino e feminino, em todas as idades;
- violência sexual contra pessoas do sexo masculino e feminino, em todas as idades;
- violência autoprovocada (tentativa de suicídio) contra pessoas do sexo masculino e feminino, em todas as idades;
- tráfico de pessoas contra pessoas do sexo masculino e feminino, em todas as idades;
- trabalho escravo contra pessoas do sexo masculino e feminino, em todas as idades;
- trabalho infantil;
- intervenção legal contra pessoas do sexo masculino e feminino, em todas as idades;
- violência extrafamiliar/comunitária cometida contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, independentemente do tipo e da natureza/forma de violência, em conformidade com a legislação vigente;

- violências contra pessoas com deficiência, contra indígenas e população LGBT, independentemente do sexo e da idade da vítima, em função da maior vulnerabilidade destes segmentos da população.

A violência comunitária ou extrafamiliar contra homens adultos (20 a 59 anos) não será objeto de notificação, exceto nas condições de vulnerabilidade já mencionadas. Durante atendimento em saúde, ao se realizar anamnese e exame clínico, deve-se observar a presença de sinais sugestivos ou confirmados de violências para auxiliar no planejamento da conduta a ser adotada e no seguimento da pessoa na rede de cuidado e proteção social disponível no município.

5.6.2 Sigilo

A Constituição Federal, artigo 5º, garante que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação”. O artigo 154 do Código Penal Brasileiro caracteriza como crime “revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”. Da mesma forma, o Código de Ética Médica, artigo 103, estabelece que “é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.

5.6.3 Objeções para Atendimento

Não há impedimento legal ou ético para que o(a) médico(a), ou outro/a profissional de saúde preste a assistência que entender necessária, incluindo-se o exame ginecológico e a prescrição de medidas de profilaxia, tratamento e reabilitação. A gravidade da circunstância e os riscos que a violência sexual impõe para a mulher exigem o rigoroso cumprimento da atenção em saúde. Assim, no atendimento imediato após a violência sexual também não cabe a alegação do(a) profissional de saúde de objeção de consciência, na medida que a mulher pode sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional.

5.6.4 Prioridade no Atendimento

A assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão. Nesse caso, segundo o artigo 13, § 2º do Código Penal Brasileiro, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela sofrer.

5.6.5 Boletim de Ocorrência

O Boletim de Ocorrência Policial registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e da investigação. O laudo do Instituto Médico Legal (IML) é documento elaborado para fazer prova criminal. A exigência de apresentação destes documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal. Após o atendimento médico, se a vítima tiver condições, poderá ir à delegacia para lavrar o Boletim de Ocorrência Policial, prestar depoimento, ou submeter-se a exame pelos peritos do IML. Se, por alguma razão, não for mais possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos podem fazer o laudo de forma indireta, com base no prontuário médico. Assim, os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário.

5.6.6 Nova Definição Estupro

A Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 alterou a antiga definição de estupro, passando a designá-lo como: “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”. Essa é a nova descrição legal do estupro. Portanto, atualmente, a mulher e o homem podem ser vítimas de estupro, quando constrangidos, mediante violência (física) ou grave ameaça (psicológica) a praticar conjunção carnal (penetração do pênis na vagina) ou qualquer outro ato libidinoso.

Casos de notificação imediata: Serão objetos de notificação imediata à autoridade sanitária municipal os casos de:

- **Violência sexual** – a fim de que as medidas de contracepção de emergência, profilaxias (DST, HIV e hepatite B) e a coleta de material biológico sejam realizadas oportunamente.
- **Tentativa de suicídio** – para que a notificação torne-se intervenção no caso por meio do encaminhamento e vinculação da vítima de forma imediata aos serviços de atenção psicossocial e à rede de atenção e proteção social (BRASIL, 2016 p.12).

A notificação imediata possibilita a intervenção individual adequada em tempo oportuno, pois subsidia medidas de prevenção que têm como base conhecer, identificar fatores de risco e proteção, cuidar dos casos e acompanhá-los. A notificação deverá seguir o fluxograma estabelecido localmente e em conformidade com as normas e rotinas do Sinan, integrando o fluxo necessário de coleta, envio e processamento dos dados, análise e divulgação da informação (BRASIL, 2014c).

5.6.7 Aspectos Legais da violência contra Criança e Adolescente

O atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual também se submete aos mesmos fundamentos éticos e legais. A assistência à saúde do menor de 18 anos deve observar o princípio de sua proteção.

Privacidade: Em um espaço de consulta/atendimento; adolescentes podem ser atendidos sozinhos, caso desejem, independente da idade, como forma de respeito à sua autonomia e individualidade. Essas atitudes contribuem para o aumento da autoestima e o fortalecimento da sua responsabilidade com a própria saúde, além da obtenção, pelo profissional de saúde, de informações privilegiadas em caso de suspeita de violência.

Confidencialidade e sigilo: As informações prestadas por adolescentes e crianças durante a consulta/atendimento devem ter o sigilo garantido. Entretanto a quebra do sigilo deve ser feita sempre que houver risco de morte ou riscos relevantes, a exemplo de situações como violência sexual ou exploração sexual, risco ou tentativa de suicídio, risco ou tentativa de aborto, informações sobre homicídio, dependência de álcool e outras drogas, gravidez e outros.

Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou a confirmação de abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude. Na falta destes, comunicar à Vara de Justiça existente no local ou à Delegacia, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

5.6.8 Aspectos Legais na Violência contra a Mulher

Na legislação brasileira no Código Civil de 1916, a mulher era relativamente capaz, sendo seu responsável um curador, marido ou o pai. Em 1962, foi instituído o Estatuto da Mulher Casada como “colaboradora” na família. Somente em 1988, com a Constituição Federal, a mulher passou a ter as mesmas funções na família, porém isso só foi reafirmado no Código Civil de 2002, e entrou em vigor apenas em janeiro de 2003.

Esse histórico contribui para que a sociedade e a própria mulher acreditem que ela é culpada pela violência sofrida apenas pelo fato de ser mulher. Essas atitudes sociais podem ser exercidas também por profissionais da área de saúde, resultando, algumas vezes, no tratamento inadequado ou impróprio quando se trata de uma mulher vítima de violência que busca atendimento médico e psicológico.

5.6.8.1 Lei Maria da Penha, Alguns Aspectos Gerais

A Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, que muito significativamente recebeu o nome da Lei Maria da Penha, homenagem à mulher que fez do combate à violência de que foi vítima uma razão para viver e para lutar pela dignidade humana e pela justiça social, foi um marco no Brasil no que se refere a coibição e providências legais a favor da mulher que é vítima de violência em seu âmbito doméstico.

De modo geral merece destaque para os profissionais de saúde alguns pontos dessa lei que serão colocados abaixo:

1. Se aplica à violência doméstica o que cause morte, lesão, sofrimento físico (violência física), sexual (violência sexual), psicológico (violência psicológica), e dano moral (violência moral) ou patrimonial (violência patrimonial);
2. No âmbito da unidade doméstica, onde haja o convívio de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;
3. No âmbito da família, formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;
4. Em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação;
5. Se aplica também às relações homossexuais (lésbicas);
6. A ofendida não poderá entregar intimação ou notificação ao agressor;
7. Garantir proteção policial, quando necessário, comunicando de imediato ao Ministério Público e ao Poder Judiciário;
8. Informar à ofendida os direitos a ela conferidos;

9. Feito o registro da ocorrência, deverá a autoridade, de imediato:

- a. Ouvir a ofendida, lavrar o boletim de ocorrência e tomar a representação a termo, se apresentada;
- b. Colher todas as provas que servirem para o esclarecimento do fato;
- c. Remeter no prazo de 48 horas expediente apartado ao juiz com o pedido da ofendida, para a concessão de medidas protetivas;
- d. Expedir guia de exame de corpo de delito e exames periciais;
- e. Ouvir o agressor e testemunhas;
- f. Ordenar a identificação do agressor e juntar aos autos sua folha de antecedentes;

OBS: Não se aplica a lei Maria da Penha, quando a agressão praticada for de pessoa estranha, como por exemplo vizinho, prestador de serviço, médico ou outros profissionais.

5.6.8.2 Aspectos Legais da Violência contra o Idoso

A LEI Nº 12.461, de 26 de julho de 2011 estabelece a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso e atendido em serviço de saúde público ou privado.

Por isso os profissionais de saúde devem:

- Em casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos fazer a notificação compulsória, o que significa o preenchimento e envio da ficha epidemiológica conforme rotina estabelecida;
- Considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico.

5.7 Diagnóstico Diferencial da Violência

Algumas lesões podem sugerir outras situações não relacionadas com violência física, sendo necessário estar atento para o diagnóstico diferencial.

Essas lesões são: hematomas: a história clínica cuidadosa e o exame físico são essenciais para avaliar a etiologia das hemorragias, devendo ser considerados os traumas não intencionais, distúrbios de coagulação, meningites, sepse, erros inatos do metabolismo e envenenamento por monóxido de carbono.

- ♦ **Na pele - escoriações, equimoses, queimaduras:** é importante fazer uma avaliação para se saber a idade das lesões a fim de correlacioná-las à suspeita. As equimoses podem ser avaliadas e estadiadas por meio de suas evoluções cromáticas:

Quadro 14 - Parâmetros de cor pele após violência física

Cor	Tempo de evolução
Negra, vermelha, violácea	1 a 3 dias
Azulada	4 a 6 dias
Esverdeada	7 a 12 dias
Amarelada	13 a 21 dias
Desaparecimento/resolução após 22 dias	Após 22 dias

Fonte: BRASÍLIA (2008, p.18).

- ◆ **Fraturas:** na presença de fraturas devem ser consideradas outras afecções como: traumatismo de parto, osteomielite, intoxicação por vitamina A, osteogênese Imperfeita, sífilis congênita, hiperostose cortical infantil (Doença de Caffey) e escorbuto.

Quando se tratar de crianças é importante lembrar de causas de fraturas espontâneas, como as observadas em crianças portadoras de determinadas patologias – a Osteogênese Imperfeita, por exemplo.

- ◆ **Hemorragias retinianas:** a causa mais comum de hemorragias retinianas não abusivas é o trauma de parto, podendo aparecer em até 14% das crianças, porém estas se resolvem rapidamente e não causam perda de visão por tempo prolongado. Portanto, o aparecimento de hemorragia após a sexta semana de vida é sugestivo de violência ("*shaken baby*").
- ◆ **Hemorragia intracraniana:** ruptura de vasos da subaracnóide por malformações ou aneurisma é muito rara em crianças abaixo de três anos. A ausência de hemorragia retiniana e a localização de hemorragia na bainha do nervo óptico distinguem casos de hemorragia por malformação vascular daquelas da síndrome do bebê sacudido ("*shaken-baby*").
- ◆ **No SNC – traumatismo craniano:** as alterações mais freqüentemente observadas são as hemorragias do Sistema Nervoso Central, provocadas por traumatismos. No caso de crianças será abordado posteriormente.

No caso de crianças entre 0-5 anos lembrar-se da "síndrome do bebê sacudido", que ocorre sem fratura. Resultado de agressão física com utilização de força e rotação, ocasionando a encefalopatia, hemorragia retinal e subdural.

Nos casos de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), em geral a criança estava bem e chega ao serviço de saúde em coma, com ou sem convulsões. Nesses casos deve-se solicitar Tomografia Computadorizada (CT) de crânio.

- ◆ **Lesões de órgãos intra-abdominais:** a lesão predominante é de duodeno, jejuno e rupturas de órgãos maciços, como baço e fígado. O paciente apresenta quadro de abdômen agudo.

Conforme abordado anteriormente, a violência não é específica a nenhum grupo, sua ocorrência pode se dar em diversos momentos, independente do gênero, classe social, econômica ou estágio de vida. Contudo para fins didáticos, devido as particularidades, com base no Acolhimento, Avaliação e a Classificação de Risco (AACR) discutiremos os fluxos de atendimento por ciclo de vida.

Sinais e Sintomas a Longo Prazo: entres os sintomas a longo prazo freqüentemente associados com abuso sexual prévio, encontram-se: distúrbios psicológicos e psicossomáticos, frigidez, vaginismo, dispaurenia, promiscuidade sexual, impotência, pedofilia e pederastia, dificuldade sexual no casamento, incesto, prostituição, homossexualismo, uso de drogas, delinqüência juvenil.

5.8 Fluxogramas de Atendimento de Acordo com O Acolhimento, Avaliação e a Classificação de Risco (AARC) à Pessoa em Situação de Violência

Quadro 15 - Acolhimento com Avaliação, Classificação de Risco a Criança e Adolescente em Situação de Violência*

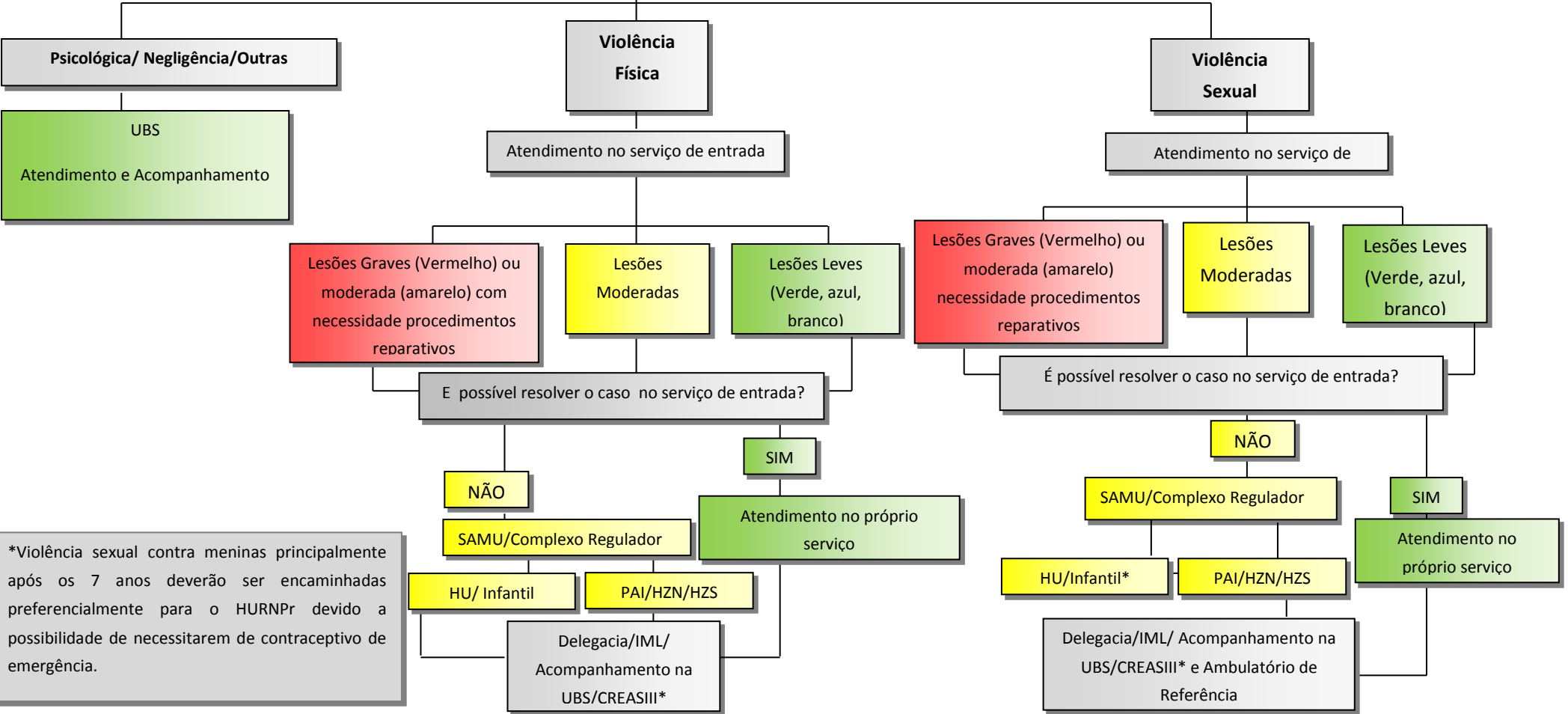
Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	Branco
<p>Criança e adolescente com suspeita de violência, que correm risco de vida e necessitam avaliação médica imediata:</p> <p><u>Situação/Queixa:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteração do nível de consciência, agressividade, agitação excessiva, coma; 2. ECG** entre 3 e 13; 3. Iminência ou parada cardio-respiratória (PCR); 4. Cefaléia intensa aguda (≥ 8-10/10) e/ou associada a vômitos; 5. Dor abdominal aguda intensa (≥ 8-10/10); 6. Desidratação grave: letargia, fontanelas deprimidas etc.; 7. Sangramento ou Hemorragia anal, vaginal, hemoptise, epistaxe; 8. Intoxicação exógena com reação anafilática; 9. Crise convulsiva; 10. Queimaduras de 2º e 3º graus com superfície corporal queimada acima de 10% ou com acometimento das vias aéreas; 11. Trauma torácico, abdominal ou craniano com perfuração, alteração SSVV.; 12. Sinais de choque (hipotensão, taquicardia, bradicardia, alteração sensorial); 13. Insuficiência respiratória; 14. Pneumotórax; 15. Amputação ou Fratura exposta; 16. Sinais de embriaguez e/ou outras drogas. 	<p>Criança e adolescente com suspeita de violência, que não correm risco imediato de vida (sem alterações críticas de sinais vitais (SSVV)), mas que necessitam de pronta avaliação médica:</p> <p><u>Situação/Queixa:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Violência sexual (VS) com sangramento vaginal e/ou anal; 2. V.S há menos de 120 horas; com contato de fluidos corporais do agressor (oral, vaginal, anal) sem uso de preservativo com ou sem necessidade de procedimentos reparativos (sutura, redução de fraturas, etc.); 3. Trauma craniano sem perda da consciência; 4. Queimaduras de 1º grau em área >10% SCQ***, face e perineo ou de 2º e 3º graus em áreas não críticas; 5. Desidratação moderada sem vômitos; 6. Trauma com dor torácica ou abdominal; 8. Dor abdominal aguda leve/moderada (<4-7/10); 9. Doença psiquiátrica ou alteração de comportamento com necessidade de contenção; 10. Ferida corto-contusa com necessidade de sutura; 11. Ingestão/introdução de corpo estranho; 12. Déficit motor agudo. 13. Alterações dos SSVV. 	<p>Criança e adolescente com suspeita de violência, com sinais vitais normais, mas que necessitam consulta médica no dia:</p> <p><u>Situação/Queixa:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. V.S com ou sem contato de fluidos corporais do agressor (oral, vaginal, anal,) com ou sem necessidade de procedimentos reparativos (sutura, redução de fraturas, etc.) há mais de 5 dias; 2. V.S sem contato com fluidos corporais (uso de preservativo e/ou masturbação) do agressor há menos de 120 horas; 3. Irregularidades menstruais, hipermenorrea/menorragia sem alteração de SSVV; 4. História de sangramento vaginal ou anal após V.S ocorrida há mais de 120 horas; 5. Infecção do trato urinária e/ou DSTs; 6. Traumas leves (contusões, torções e ferimentos); 7. Trauma de crânio de baixo impacto, há mais de 6 horas sem outros sinais e sintomas; 8. Trauma torácico, abdominal sem sinais de alerta; 9. Queimaduras de 1º grau; 10. Feridas com febre ou necrose; 11. Desnutrição. 	<p>Criança e adolescente com suspeita de violência, necessitam de consulta médica na semana:</p> <p><u>Situação/Queixa:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Criança ou adolescente que sofreu violência sexual com ou sem contato de fluidos corporais do agressor há mais de 120 horas (5 dias). Apresentando algum sinal ou sintoma decorrente daquela situação que demanda conduta médica; 2. Abuso crônico pelo mesmo agressor após 120 horas (5 dias) que resulta em algum sinal ou sintoma diversos e inespecíficos (sem causa orgânica) mas relacionada a situação, e que demanda conduta médica como: tensão muscular; desmaios; fadiga; síncope, dor abdominal; 3. Depressão crônica ou recorrente 	<p>Criança e adolescente com suspeita de violência, necessitam de Consulta de enfermagem.</p> <p><u>Situação/Queixa:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Criança ou adolescente em situação de Violência Doméstica crônica; 2. Violência Sexual com ou sem contato de fluidos corporais do agressor há mais de 120 horas (5 dias); 3. Violência física crônica sem sinais de gravidade; 4. Abuso crônico pelo mesmo agressor, sem sinais ou sintomas decorrentes daquela situação; 5. Violência psicológica, negligência outras.
<p>* Muitos destes sinais e sintomas podem ocorrer independente da situação de violência. Entretanto esta possibilidade deve cogitada. ** ECG: Escala de coma de Glasgow. *** SCQ: Superfície corporal queimada.</p>				

FLUXOGRAMA 1 - Atendimento a Crianças Menores 12 Anos Vítima de Violência Interpessoal/Autoprovocada

Unidades de Saúde e Pronto

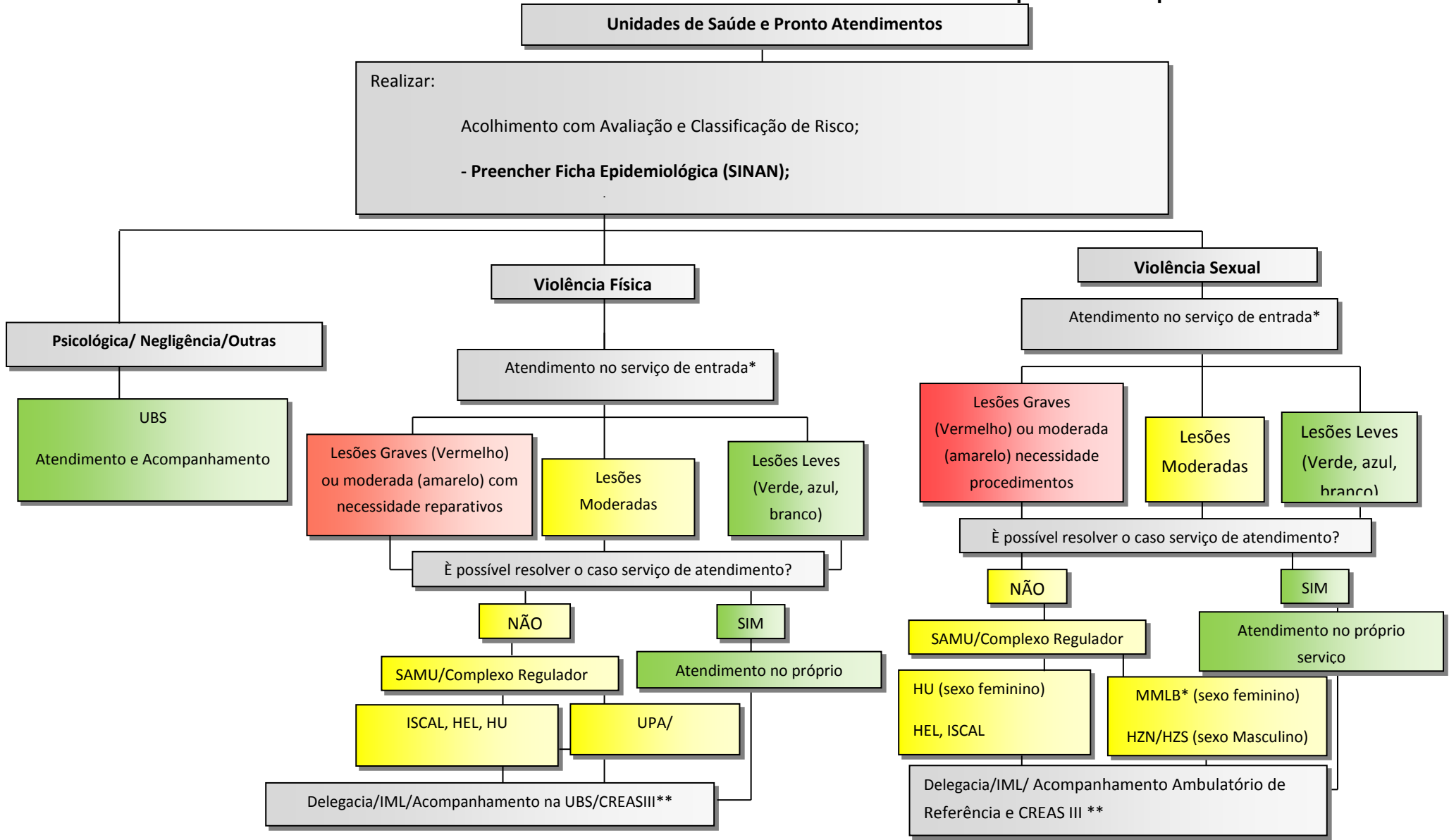
Realizar:

- Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
- **Preencher Ficha Epidemiológica (SINAN)**
- Encaminhamento conforme AACR
- Comunicar o CONSELHO TUTELAR



*Violência sexual contra meninas principalmente após os 7 anos deverão ser encaminhadas preferencialmente para o HURNPr devido a possibilidade de necessitarem de contraceptivo de emergência.

FLUXOGRAMA 2 - Atendimento a Adolescentes de 12 a 18 Anos Vítima de Violência Interpessoal/Autoprovocada



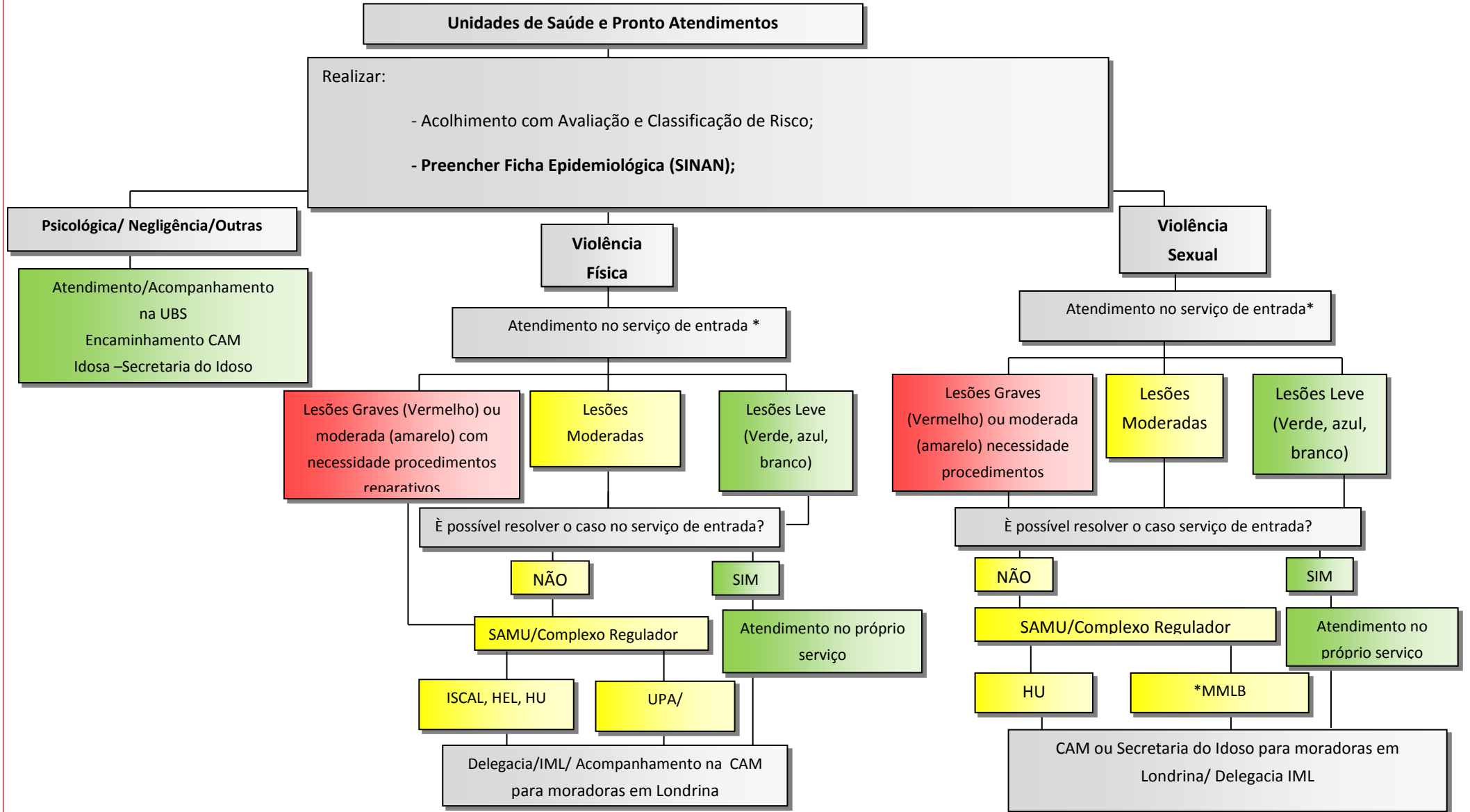
* As adolescentes e mulheres classificadas como lesão sexual moderada devem ser encaminhadas preferencialmente para a MMLB, não excluindo o atendimento em outros serviços por procura espontânea.

Quadro 16 - Acolhimento Com Avaliação, Classificação de Risco a Mulher em Situação de Violência Interpessoal/Autoprovocada*.

Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	Branco
<p>Mulher com suspeita de violência que corre risco de vida e necessita avaliação médica imediata: Situação/Queixa: 1. Parada Cardio-Respiratória; 2. Desconforto respiratório grave (tiragem intercostal, batimento de asa de nariz, fala monossilábica); 3. Alterações de SSVV com sintomas ; 4. Estado mental alterado e/ou em coma Glasgow \leq 12. 5. Cefaleia com alteração do nível de consciência e/ou parestesia; 6. Dor no peito associada à falta de ar e cianose, facada ou agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, de início súbito, de forte intensidade; 7. Em crise convulsiva ou crises repetitivas; 8. Hemorragias com sinais de choque (hipotensão, taquicardia, sudorese); 9. Politraumatizado grave com lesão de um ou mais órgãos e ou Glasgow \leq 12; 10. Queimaduras de 2º/3º graus com comprometimento de mais de 10% da área corporal ou queimaduras em face e períneo. 11. Trauma Cranioencefálico (TCE) com Glasgow \leq 12.e/ou sinais de comprometimento da coluna vertebral. 12. Perfurações no tórax, abdome e cabeça. 13. Trauma de tórax com suspeita de fratura. 14. Fraturas com deformidades ou luxações.</p>	<p>Mulher com suspeita de violência que não corre risco imediato de vida (sem alterações importantes de sinais vitais (SSVV)), mas necessita de pronta avaliação médica. Situação/Queixa: 1. Violência sexual (VS) com sangramento vaginal e/ou anal; 2.V.S há menos de 120 horas; com contato de fluídos corporais do agressor (oral, vaginal, anal, sem uso de preservativo) com ou sem necessidade de procedimentos reparativos (sutura, redução de fraturas, etc.); 3.Trauma craniano sem perda da consciência, trauma torácica ou abdominal; 4. Queimaduras de 1º grau em área $>$10% SCQ, face e períneo ou de 2º/3º graus em áreas não críticas; 5. Desidratação moderada sem vômitos; 6. Dor abdominal intensa; 9. Doença psiquiátrica ou alteração de comportamento com necessidade de contenção; 10. Ferida corto-contusa com necessidade de sutura; 11. Ingestão/introdução de corpo estranho; 12. Desmaios/Distúrbios de conversão ou somatização; 13. Alteração SSVV assintomático; 14. Politraumatizado/TCE Glasgow $>$ 13 15. Fraturas sem deformidades; 16. .Intoxicação exógena sem alteração SSVV e Glasgow $>$ 13. 17. Alteração de comportamento com, necessidade de contenção; 18.Déficit motor agudo.</p>	<p>Mulher com suspeita de violência que necessita consulta médica no dia. Situação/Queixa: 1. Violência sexual (oral, anal, vaginal com uso de preservativo e/ou masturbação) sem contato com fluídos corporais do agressor há menos de 5 dias; 3. Penetração oral sem preservativo e sem ejaculação; 4 Sangramento vaginal sem urgência em pacientes que sofreram abuso sexual ha mais de 120 horas; 5. Violência sexual sofrida há mais de 72 horas e menos de 120 horas 6. Traumas leves (contusões, torções e ferimentos que necessitem de avaliação médica); 7. Trauma de crânio de baixo impacto, há mais de 6 horas, sem perda da consciência, ECG = 15, sem vômito, sem sintomas cervicais; 8. Trauma torácico sem dispnéia; 9. Distensões, contusões, torções; 10. Lacerações que demandem investigação ; 11. Mordedura não extensa; 12. Dor moderada (4-7/10) sem sinais de alerta;; 13. Queimaduras de 1º grau, em área não crítica e em SCQ $<$10%; 14. Feridas com febre ou necrose; 15. Cefaléia moderada (4-7/10); 16. Desnutrição sem comprometimento do estado geral; 17. Tentativa de suicídio, sem alterações de sinais vitais e sem outros sinais de gravidade</p>	<p>Mulher com suspeita de violência que necessita de consulta médica na semana: Situação/Queixa: 1.Pessoa que sofreu violência física ou sexual com ou sem contato de fluídos corporais do agressor há mais de 120 horas (5 dias), que apresenta algum sinal ou sintoma decorrente daquela situação que demanda conduta médica; 2. Abuso crônico pelo mesmo agressor que resulta em algum sinal ou sintoma diversos e inespecíficos (sem causa orgânica) mas relacionada a situação) e que demanda conduta médica como: tensão muscular; desmaios; fadiga; síncope, dor abdominal; 3. Depressão crônica ou recorrente. 4. DSTs: condilomas oral e/ou vaginal, gonorréia, sífilis, clamídia, entre outras *ver quadro de “resumo de conduta</p>	<p>Mulher com suspeita de violência que necessita de consulta de enfermagem. Situação/Queixa: 1.Pessoa em situação de Violência Doméstica crônica; 2.Violência Sexual com ou sem contato de fluídos corporais do agressor há mais de 120 horas (5 dias); 3.Violência física crônica sem sinais de gravidade; 4. Abuso crônico pelo mesmo agressor, sem sinais ou sintomas decorrente daquela situação; 5 Violência psicológica e outras. ver quadro de “resumo de conduta</p>

Fonte: LONDRINA (2011, adaptado).

FLUXOGRAMA 3 - Atendimento a Mulher em Situação de Violência Interpessoal/Autoprovocada



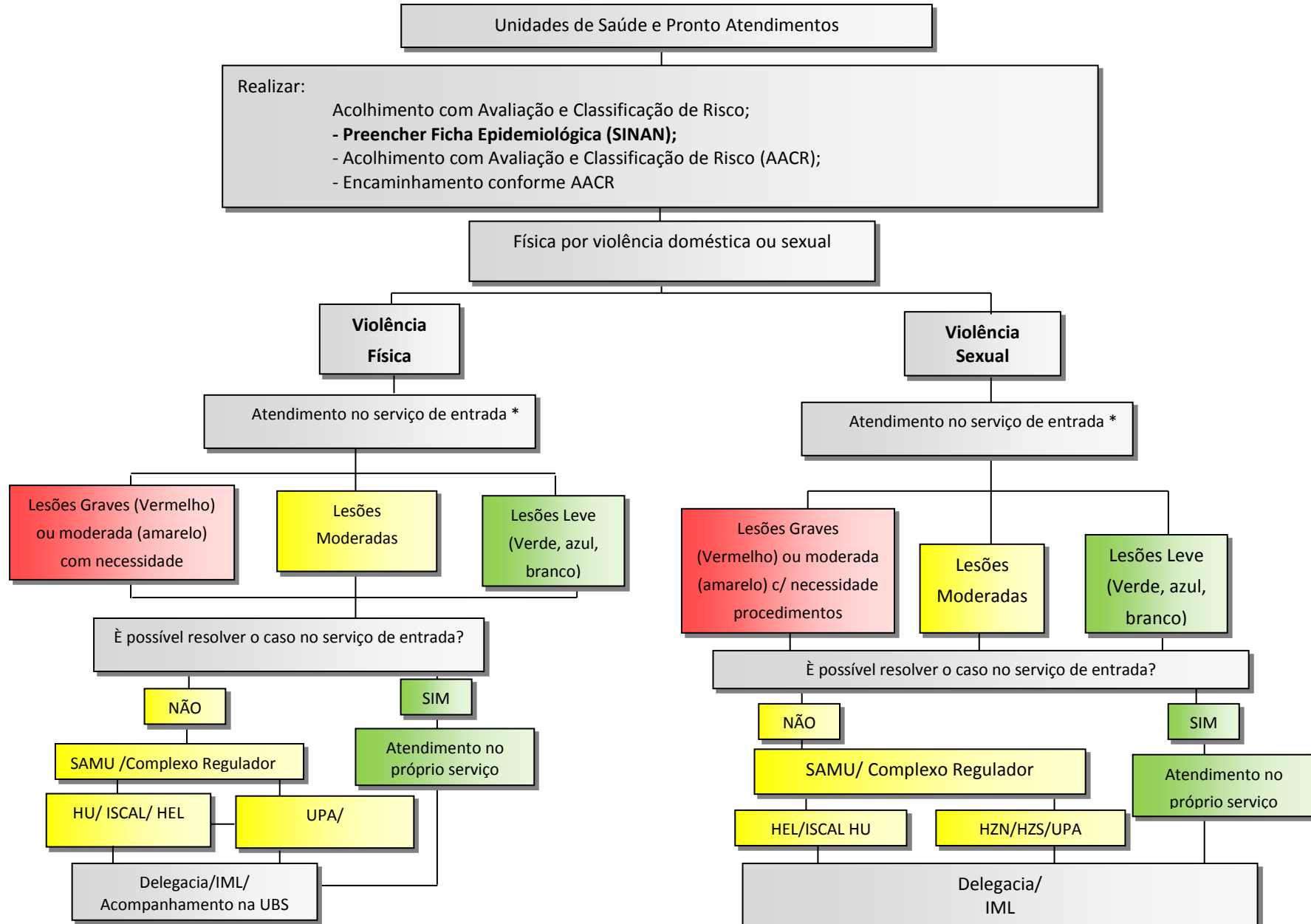
* As adolescentes e mulheres classificadas como lesão moderada devem ser encaminhadas preferencialmente para a MMLB não excluindo o atendimento em outros serviços por procura espontânea.

Quadro 17 - Acolhimento Com Avaliação, Classificação De Risco Ao Homem Em Situação De Violência Interpessoal /Autoprovocada*

Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	Branco
<p>Homem com suspeita de violência doméstica e/ou sexual que correm risco de vida que necessitam de avaliação médica imediata.</p> <p>Situação/Queixa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parada Cardio-Respiratória; 2. Desconforto respiratório grave (tiragem intercostal, batimento de asa de nariz, fala monossilábica); 3. Alterações de SSVV com sintomas 4. Estado mental alterado e/ou em coma Glasgow ≤ 12. 5. Cefaleia com alteração do nível de consciência e/ou parestesia; 6. Dor no peito associada à falta de ar e cianose, facada ou agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, de início súbito, de forte intensidade; 7. Em crise convulsiva ou crises repetitivas; 8. Hemorragias com sinais de choque (hipotensão, taquicardia, sudorese); 9. Politraumatizado grave com lesão de um ou mais órgãos e ou Glasgow ≤ 12. 10. Queimaduras de 2º/3º grau com comprometimento de mais de 10% da área corporal ou queimaduras em face e períneo. 11. Trauma Cranioencefálico (TCE) com Glasgow ≤ 12 e/ou sinais de comprometimento da coluna vertebral. 12. Perfurações no tórax, abdome e cabeça. 13. Trauma de tórax com suspeita de fratura. 14. Fraturas com deformidades ou luxações. 	<p>Homem com suspeita de violência doméstica e/ou sexual que não correm risco imediato de vida, mas necessitam de pronta avaliação médica.</p> <p>Situação/Queixa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Violência sexual (VS) com SANGRAMENTO anal; 2. V.S há menos de 120 horas; com contato de fluidos corporais do agressor (oral, vaginal, anal, sem uso de preservativo) com ou sem necessidade de procedimentos reparativos (sutura, redução de fraturas, etc.); 3. Trauma craniano sem perda da consciência, trauma torácica ou abdominal; 4. Queimaduras de 1º grau em área $>10\%$ SCQ, face e períneo ou de 2º/3º grau em áreas não críticas; 5. Desidratação moderada sem vômitos; 6. Dor abdominal intensa; 9. Doença psiquiátrica ou alteração de comportamento com necessidade de contenção; 10. Ferida corto-contusa com necessidade de sutura; 11. Ingestão/introdução de corpo estranho; 12. Desmaios/Distúrbios de conversão ou somatização; 13. Alteração SSVV assintomático; 14. Politraumatizado/TCE Glasgow > 13 15. Fraturas sem deformidades; 16. Intoxicação exógena sem alteração SSVV e Glasgow > 13. 17. Alteração de comportamento com, necessidade de contenção; 18. Déficit motor agudo. 	<p>Homem com suspeita de violência doméstica e/ou sexual que necessitam consulta médica no dia.</p> <p>Situação/Queixa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Violência Sexual sem contato de fluidos corporais do agressor; 2. Violência sexual (oral, anal, vaginal com uso de preservativo e/ou masturbação) sem contato com fluidos corporais do agressor há menos de 5 dias; 3. Penetração oral sem preservativo e sem ejaculação; 4. Violência sexual sofrida há mais de 72 horas; 6. Traumas leves (contusões, torções e ferimentos que necessitem de avaliação médica); 7. Trauma de crânio de baixo impacto, há mais de 6 horas, sem perda da consciência, ECG = 15, sem vômito, sem sintomas cervicais; 8. Trauma torácico sem dispnéia; 9. Distensões, contusões, torções; 10. Lacerações que demandem investigação; 11. Mordedura não extensa; 12. Dor moderada (4-7/10) sem sinais de alerta; 13. Queimaduras de 1º grau, em área não crítica e em SCQ $<10\%$; 14. Feridas com febre ou necrose; 15. Cefaléia moderada (4-7/10); 16. Desnutrição sem comprometimento do estado geral; 17. Tentativa de suicídio, sem alterações de sinais vitais e sem outros sinais de gravidade 	<p>Homem com suspeita de violência doméstica e/ou sexual necessitam de consulta médica na semana:</p> <p>Situação/Queixa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pessoa que sofreu violência física ou sexual com ou sem contato de fluidos corporais do agressor há mais de 72 horas (3 dias) que apresenta algum sinal ou sintoma decorrente daquela situação que demanda conduta médica. 2. Abuso crônico pelo mesmo agressor que resulta em algum sinal ou sintoma diversos e inespecíficos (sem causa orgânica) mas relacionada a situação) e que demanda conduta médica como: tensão muscular; desmaios; fadiga; síncope, dor abdominal; 3. Depressão crônica ou recorrente. 4. DSTs: condilomas oral e/ou vaginal, gonorréia, sífilis, clamídia, entre outras 	<p>Homem com suspeita de violência doméstica e/ou sexual que necessitam de Consulta de enfermagem.</p> <p>Situação/Queixa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pessoa em situação de Violência Doméstica crônica; 2. Violência Sexual com ou sem contato de fluidos corporais do agressor há mais de 120 horas (5 dias); 3. Violência física crônica sem sinais de gravidade; 4. Abuso crônico pelo mesmo agressor, sem sinais ou sintomas decorrente daquela situação; 5. Violência psicológica e outras.
<p>*Muitos destes sinais e sintomas podem ocorrer independente da situação de violência. Entretanto esta possibilidade deve cogitada.</p> <p>** Nos casos de violência sexual, quando houver a necessidade de procedimentos reparativos (sutura, avaliação especializada), ainda que a vítima seja classificada como lesão moderada (amarelo) deverá ser encaminhada ao HEL ou ISCAL conforme informação da regulação.</p> <p>*** Pacientes Escoltados necessitam de atendimento imediato, porém podem ser avaliados, classificados e atendidos conforme situação/queixa.</p> <p>**** A conduta médica para estes casos pode ser reservada para o ambulatório de referência.</p>				

Fonte: (LONDRINA, 2011, adaptado).

FLUXOGRAMA 4 - Atendimento ao Homem em Situação de Violência Interpessoal /Autoprovocada

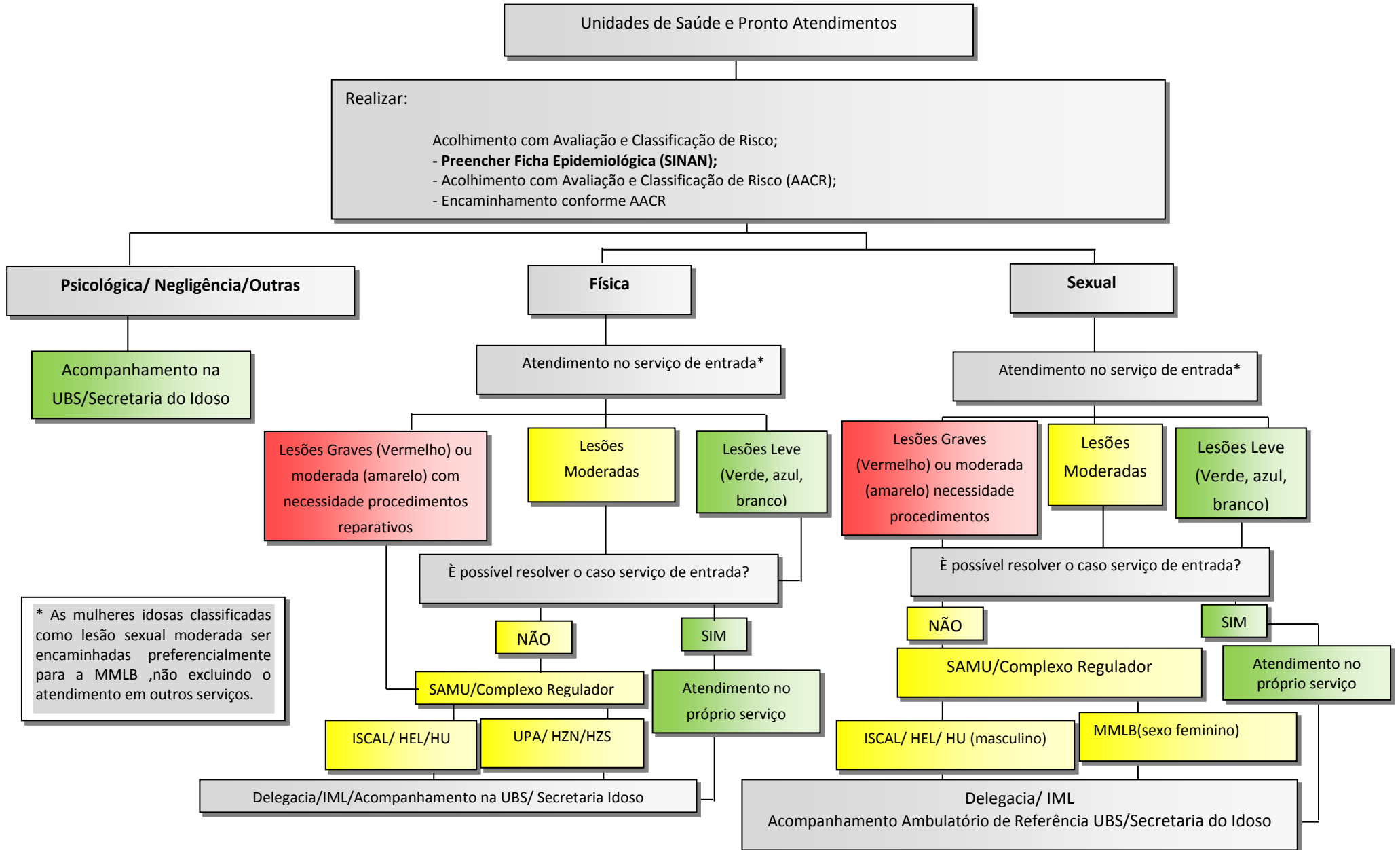


Quadro 18 - Acolhimento com Avaliação, Classificação de Risco ao Idoso em Situação de Violência Interpessoal /Autoprovocada*

Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	Branco
<p>Idoso com suspeita de violência doméstica e/ou sexual que correm risco de vida que necessitam de avaliação médica imediata.</p> <p>Situação/Queixa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parada Cardio-Respiratória; 2. Desconforto respiratório grave (tiragem intercostal, batimento de asa de nariz, fala monossilábica); 3. Alterações de SSVV com sintomas 4. Estado mental alterado e/ou em coma Glasgow \leq 12. 5. Cefaleia com alteração do nível de consciência e/ou parestesia; 6. Dor no peito associada à falta de ar e cianose, facada ou agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, de início súbito, de forte intensidade; 7. Em crise convulsiva ou crises repetitivas; 8. Hemorragias com sinais de choque (hipotensão, taquicardia, sudorese); 9. Politraumatizado grave com lesão de um ou mais órgãos e ou Glasgow \leq 12. 10. Queimaduras de 2º/3º graus com comprometimento de mais de 10% da área corporal ou queimaduras em face e períneo. 11. Trauma Cranioencefálico (TCE) com Glasgow \leq 12.e/ou sinais de comprometimento da coluna vertebral. 12. Perfurações no tórax, abdome e cabeça. 13. Trauma de tórax com suspeita de fratura. 14. Fraturas com deformidades ou luxações. 	<p>Idoso com suspeita de violência doméstica e/ou sexual que não correm risco imediato de vida (sem alterações importantes de sinais vitais), mas necessitam de pronta avaliação médica.</p> <p>Situação/Queixa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Violência sexual (VS) com SANGRAMENTO anal; 2.V.S há menos de 120 horas; com contato de fluidos corporais do agressor (oral, vaginal, anal, sem uso de preservativo) com ou sem necessidade de procedimentos reparativos (sutura, redução de fraturas, etc.); 3.Trauma craniano sem perda da consciência, trauma torácica ou abdominal; 4. Queimaduras de 1º grau em área >10% SCQ, face e períneo ou de 2º/3º graus em áreas não críticas; 5. Desidratação moderada sem vômitos; 6. Dor abdominal intensa; 7. Doença psiquiátrica ou alteração de comportamento com necessidade de contenção; 8. Ferida corto-contusa com necessidade de sutura; 9.Ingestão/introdução de corpo estranho; 10. Desmaios/Distúrbios de conversão ou somatização; 11. Alteração SSVV assintomático; 12. Politraumatizado/TCE Glasgow > 13 13. Fraturas sem deformidades; 14. .Intoxicação exógena sem alteração SSVVe Glasgow > 13. 15. Alteração de comportamento com, necessidade de contenção; 16.Déficit motor agudo. 	<p>Idoso com suspeita de violência doméstica e/ou sexual que necessitam consulta médica no dia.</p> <p>Situação/Queixa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Violência Sexual sem contato de fluidos corporais do agressor; 2. Violência sexual (oral, anal, vaginal com uso de preservativo e/ou masturbação) sem contato com fluidos corporais do agressor há menos de 5 dias; 3. Penetração oral sem preservativo e sem ejaculação; 4 Violência sexual sofrida há mais de 72 horas; 6. Traumas leves (contusões, torções e ferimentos que necessitem de avaliação médica); 7. Trauma de crânio de baixo impacto, há mais de 6 horas, sem perda da consciência, ECG = 15, sem vômito, sem sintomas cervicais; 8. Trauma torácico sem dispnéia; 9. Distensões, contusões, torções; 10. Lacerações que demandem investigação; 11. Mordedura não extensa; 12. Dor moderada (4-7/10) sem sinais de alerta;; 13. Queimaduras de 1º grau, em área não crítica e em SCQ <10%; 14. Feridas com febre ou necrose; 15. Cefaléia moderada (4-7/10); 16. Desnutrição sem comprometimento do estado geral; 17. Tentativa de suicídio, sem alterações de sinais vitais e sem outros sinais de gravidade 	<p>Idoso com suspeita de violência doméstica e/ou sexual necessitam de consulta médica na semana:</p> <p>Situação/Queixa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pessoa que sofreu violência física ou sexual com ou sem contato de fluidos corporais do agressor há mais de 72 horas (3 dias) que apresenta algum sinal ou sintoma decorrente daquela situação que demanda conduta médica. 2. Abuso crônico pelo mesmo agressor que resulta em algum sinal ou sintoma diversos e inespecíficos (sem causa orgânica) mas relacionada a situação) e que demanda conduta médica como: tensão muscular; desmaios; fadiga; síncope, dor abdominal; 3. Depressão crônica ou recorrente. 4. DSTs: condilomas oral e/ou vaginal, gonorréia, sífilis, clamídia, entre outras 5. infecção do trato urinário 	<p>Idoso com suspeita de violência doméstica e/ou sexual que necessitam de Consulta de enfermagem.</p> <p>Situação/Queixa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pessoa em situação de Violência Doméstica crônica; 2.Violência Sexual com ou sem contato de fluidos corporais do agressor há mais de 120 horas (5 dias); 3.Violência física crônica sem sinais de gravidade; 4. Abuso crônico pelo mesmo agressor, sem sinais ou sintomas decorrentes daquela situação; 5. Violência psicológica, negligência e outras.
<p>*Muitos destes sinais e sintomas podem ocorrer independente da situação de violência. Entretanto esta possibilidade deve cogitada.</p> <p>** Nos casos de violência sexual, quando houver a necessidade de procedimentos reparativos (sutura, avaliação especializada), ainda que a vítima seja classificada como lesão moderada (amarelo) deverá ser encaminhada ao HEL ou ISCAL conforme informação da regulação.</p> <p>***Pacientes Escoltados necessitam de atendimento imediato, porém podem ser avaliados, classificados e atendidos conforme situação/queixa.</p> <p>**** A conduta médica para estes casos pode ser reservada para o ambulatório de referência.</p>				

Fonte: (LONDRINA , 2011, adaptado).

FLUXOGRAMA 5 - Atendimento a Pessoa Idosa Maior de 60 Anos em Situação de Violência Interpessoal /Autoprovocada



6 CONDUITAS GERAIS E ESPECÍFICAS DE ACORDO COM A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

6.1 Violência Sexual

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. Embora estatísticas ainda sejam parcas no tocante à extensão da violência sexual, sabe-se que são frequentes os abusos sexuais intrafamiliares - como o incesto e o estupro, em especial, e o sexo forçado perpetrado por parceiros íntimos (OMS, 2002; SCHRAIBER, 2007 apud BRASIL, 2012 p.14).

A violência sexual repercute na saúde física - desde o risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre elas, o HIV, até gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático -, e na saúde mental da pessoa - quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos. É preciso entender que, para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter de procurar o sistema de saúde e/ou delegacia de polícia, é já um agravo resultante dessa violência. Por outro lado, o impacto da violência sobrecarrega o sistema de saúde tanto em termos de recursos econômicos e humanos, quanto em custos sociais, como em decorrência de produtividade perdida para a sociedade em geral.

A violência sexual, cuja compreensão remonta a uma trama de raízes profundas, produz consequências traumáticas e indelévels para quem a sofre. Por atravessar períodos históricos, nações e fronteiras territoriais, e permear as mais diversas culturas, independente de classe social, raça-etnia ou religião, guarda proporções pandêmicas e características universais (BRASIL, 2012).

Nos casos de crime sexual, a assistência médica é prioritária e deve ser garantida à pessoa antes de qualquer providência no âmbito policial ou judicial. Portanto, mesmo que a vítima não apresente lesão física externa ou aparente, deve ser atendida previamente no serviço de saúde, para ser submetida às profilaxias de gestação, de DST/aids e de hepatite B, por exemplo, bem como para receber acompanhamento psicológico e de assistência social, quando possível. E esse atendimento, obviamente, não acarreta nenhum prejuízo para as investigações policiais, as quais poderão ser iniciadas e realizadas depois da assistência médica. Aliás, é bastante comum a prática de estupro mediante grave ameaça, ou seja, sem uso de violência física. Assim, a pessoa 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 DST, etc. (BRASIL, 2011c).

6.1.1 Conduas Gerais de Atendimento a Pessoa em Situação de Violência Sexual

O atendimento no serviço de saúde deverá consistir em exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do agressor. A primeira entrevista da vítima deve atentar para o registro de alguns dados específicos, conforme as orientações abaixo:

1. Realizar acolhimento e classificação de risco (AACR), por profissionais devidamente sensibilizados(as) e capacitados(as) com ênfase na situação de violência sexual (quem, quando, onde como aconteceu), as providências já tomadas pela vítima ou por sua família, tais como: atendimento médico de urgência, a obtenção do Boletim de Ocorrência Policial e a realização de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal; a identificação de redes de apoio à mulher: familiar e ou social; e a caracterização do perfil socio-econômico da vítima;
2. Informar a pessoa ou seu responsável em situação de violência sexual sobre tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento;
3. Realizar a anamnese (tipo de violência, hora da violência, qual a relação do agressor com vítima, se o agressor fez uso de preservativo, número de agressores, última menstruação, uso de contraceptivo etc.);
4. Fazer exame clínico e inspeção de genitais externos (sem utilização de instrumento como espéculo) ou exame invasivo como toque vaginal e/ou anal (se houver necessidade emergencial).
5. Preencher a Ficha Epidemiológica de Violência Doméstica e/ou outras violências no momento ZERO, ou seja, assim que for detectada a violência. Não é necessário assinar, porém, todos os campos devem ser preenchidos**;
6. Orientar a paciente ou responsável a registrar a ocorrência nas Delegacias de Polícia/ Delegacia da Mulher;
7. Encaminhar a pessoa ao Ambulatório de referência;
8. Se a agressão ocorreu no seu trajeto para o trabalho, fazer também ocorrência de Acidente de Trabalho;
9. Orientar a paciente a não fazer higiene íntima com uso de duchas antes que seja realizado o exame pericial.

O EXAME GINECOLÓGICA APÓS VIOLENÇA SEXUAL

*O exame ginecológico completo com inspeção interna, toque vaginal e/ou retal somente deve ser realizado após coleta de material para **Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal** pelo perito legal, ou em caso onde houver suspeita de lesão grave, cuja falta de reparação coloca em risco a vida do usuário. Neste caso, é preciso solicitar que o perito realize a coleta do exame no ambiente hospitalar, ou na impossibilidade, o médico assistente poderá recolher os elementos (por meio de dois SWABs ou similar, acondicionado em papel filtro estéril e mantido em envelope lacrado em ambiente climatizado) que, eventualmente, colaborem com necessidades das autoridades ou que auxiliem na confecção de laudo indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal (BRASIL, 2012 a p.86). (ver sobre Coleta de material para Provas Periciais pg. 81)

** O papel dos profissionais de saúde é de prevenir, atender e notificar. Não cabe a esses profissionais investigar a situação de violência.

6.1.1.1 Registro de Atendimento em caso de Violência Física e Sexual

Na ocorrência dos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessário avaliar cuidadosamente as medidas clínicas e cirúrgicas que atendam as necessidades da vítima o que pode resultar na necessidade de atenção de outras especialidades médicas.

Embora a pessoa possa sofrer grande diversidade de danos físicos, os hematomas, as lacerações genitais são os mais frequentes, nas mulheres. Nas lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento deve-se proceder apenas com assepsia local. Havendo sangramento, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas. Na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica. Na ocorrência de traumatismos físicos, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o estado vacinal (ver quadro 31).

Os danos físicos, genitais ou extragenitais, devem ser cuidadosamente descritos em prontuário médico. Se possível, os traumatismos físicos devem ser fotografados e também anexados ao prontuário. Na indisponibilidade desse recurso, representações esquemáticas ou desenhos podem ser utilizados e igualmente incluídos no prontuário.

Registro de Atendimento em Casos de Violência tem dupla finalidade, além de servir para documentação da Assistência à Saúde prestada pode ser utilizado para fins judiciais. Por isso vale ressaltar a importância dos registros de forma fidedigna, contendo:

a) Coleta de dados: anamnese e exame físico:

- ◆ História da Violência:

1. Local, dia e hora aproximada da violência;
2. Tipo de violência sofrida (se sexual colocar a(s) forma(s))
3. Forma de constrangimento utilizada;
4. Tipificação e número de agressores;
5. Órgão que realizou o encaminhamento.

b) Diagnóstico:

- ◆ Tipo de violência e o resultado da mesma

c)- Intervenção/Conduta

- ◆ Providências Instituídas

Verificar eventuais medidas prévias:

1. Atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas de proteção realizadas;
2. Realização do Boletim de Ocorrência Policial;
3. Realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal;
4. Comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes);
5. Outras medidas legais cabíveis;
6. Acesso À Rede de Apoio: Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se abrigos de proteção.

OBS: Para facilitar estes registros orientamos o uso da ficha Clínica “Registro de Atendimento Clínico a Pessoa Vítima de Violência Física e/ou Sexual. (Apêndice A)

6.1.2 Condutas Específicas em Caso de Violência Sexual

A violência sexual requer a adoção de algumas condutas específicas e profiláticas que devem ser adotadas para diminuir os riscos de contrair infecções virais e bacterianas. Estas condutas estão listadas no quadro abaixo e serão comentadas posteriormente.

Quadro 19- Resumo condutas específicas em casos de violência sexual

Tempo decorrido da violência		
Até 72 horas da violência	Entre 72 horas (3 dias) e 120 horas (5 dias)	Igual ou após 6º dia*
1. Aconselhamento e Coleta de Exames. 2. Quimioprofilaxia contra DSTs virais. 3. Quimioprofilaxia contra DSTs <u>Não virais</u> . 4. Anticoncepção de emergência (Para meninas após a menarca e mulheres em idade fértil sem uso de método contraceptivo regular). 5. Imunoprofilaxia contra DSTs virais e não virais (vacina contra Hepatite B e anti-tetânica) se necessário 6. Encaminhamento para rede de atendimento: 6.1- Ambulatório de Referência (todas as vítimas) 6.2- CAM (mulher), CREAS(criança).	1. Aconselhamento e Coleta de Exames. 2. Quimioprofilaxia contra <u>DSTs não virais</u> . 3. Anticoncepção de emergência (se mulher em idade fértil sem uso de método contraceptivo regular e menos de 120 horas ou 5 dias decorrido da violência). 4. Imunoprofilaxia contra DSTs virais e não virais (vacina contra Hepatite B e anti-tetânica), se necessário. 5. Encaminhamento para rede de atendimento: 5.1- Ambulatório de Referência 5.2- CAM, CREAS ou Secretaria do Idoso	1. Acolhimento. 2. Ver e tratar sinais e sintomas decorrentes da violência. 3. Encaminhar ao ambulatório de referência se necessário (contemplar o desejo do usuário(a) ou manter o acompanhamento na UBS.
* A imunoprofilaxia (contra tétano e hepatite B) ainda que não tenha efeito para esta exposição em si deve sempre ser pesquisada, uma vez que são várias as oportunidades de exposições riscos para estas doenças.		

Fonte: (BRASIL, 2012a. adaptado).

6.1.2.1 Aconselhamento à Pessoa em Situação de Violência Sexual

Aconselhamento não é dar conselhos! É um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas na busca de uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2004).

No caso da vítima de violência sexual, o profissional de saúde, (preferencialmente enfermeiro e/ou outro profissional capacitado em

aconselhamento) deverá ter uma postura de acolhimento de forma a favorecer a empatia e desta forma implementar um cuidado autêntico.

Assim, o aconselhamento tem por objetivos:

- Identificar risco prévio de infecção HIV;
- Pesquisar risco de gestação não desejada;
- Orientar quanto às principais causas de abandono do uso de ARV e como diminuir os efeitos colaterais das medicações;
- Oferecer apoio educativo;
- Oferecer apoio emocional;
- Considerar os possíveis impactos de um resultado positivo e identificar alternativas de apoio familiar e social;
- No pós teste, é necessário reforçar que os resultados iniciais, quando negativos, não são definitivos devido à possibilidade de janela imunológica e não dispensam a realização de exames futuros nos períodos indicados (acompanhamento por seis meses, com retorno ambulatorial para coleta de novos exames).

Para orientações mais específicas recomenda-se a leitura do Apêndice B- Aconselhamento em Violência Sexual.

6.1.2.2 Violência Sexual em Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres e Homens que Fazem Sexo com Homens

Os cuidados clínicos no atendimento às mulheres ou homens e adolescentes homossexuais que sofreram violência sexual devem ser o mesmo dedicado àquelas que têm relações heterossexuais. Os profissionais da saúde devem reconhecer que em muitos casos, a violência que essas pessoas estão sujeitas pode ser tão ou mais cruel e grave em função do preconceito que envolve sua orientação sexual. Muitas(os) (principalmente adolescentes) são vítimas de violência na própria família que usa de tais métodos para tentar 'corrigir' sua sexualidade.

Sabe-se que a discriminação e preconceito por orientação sexual e por identidade de gênero determinam formas de adoecimentos e sofrimentos. Assim, é importante que os profissionais de saúde estejam aptos a acolher essa população sem discriminação, lembrando que os serviços devem seguir o preceito da acessibilidade, universalidade e integralidade da Atenção, não permitindo que se coloque qualquer pessoa em situação de violência institucional. A igualdade de direitos à saúde é preconizada na Constituição Federal de 1988, o que a torna um direito social.

O seguimento do atendimento clínico, psicológico e laboratorial das pessoas que praticam relações homossexuais e foram vítimas de violência deve ser feito considerando que, manter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo não é um problema de saúde e que a violência sexual pode agravar os sentimentos de exclusão, humilhação e isolamento que muitas vezes permeiam a vida das mulheres e adolescentes por sua orientação sexual (BRASIL, 2012).

6.1.2.3 Os Exames

A coleta imediata de sangue deve ser realizada no momento de admissão da vítima de violência sexual, sendo necessária para estabelecer a eventual presença de DST, HIV ou hepatite prévias à violência sexual, bem como determinar as condições de saúde da vítima a fim de estabelecer parâmetros para o acompanhamento futuro. Entretanto, tal coleta não deve retardar o início da profilaxia. No município de Londrina, orientamos que em caso de Violência Sexual sejam realizados preferencialmente os testes rápidos atualmente em vigor e na falta destes o exame plasmático.

Quadro 20 - Exames iniciais em caso de violência sexual

- ⇒ Hemograma, TGO/TGP (para pessoas que iniciarão anti-retroviral)
- ⇒ Teste Rápido sanguíneo ou plasmático VDRL , HIV , HBsAg
- ⇒ Anti HBC – IgM
- ⇒ Anti HCV
- ⇒ Teste rápido gravidez ou Beta -HCG plasmático
- ⇒ Pesquisa de esperma, sangue, secreções diversas

6.1.2.3.1 Abordagem dos principais resultados dos exames

A coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal devem ser realizadas no momento de admissão da vítima de violência sexual, elas são necessárias para estabelecer a eventual presença de DST, HIV ou hepatite prévias à violência sexual. Entretanto, tais coletas não devem retardar o início da profilaxia.

Em serviços que dispõem de insumos para o diagnóstico rápido da infecção pelo HIV, devem-se realizar a testagem inicialmente com um único teste rápido. Caso o resultado seja negativo, o diagnóstico estará definido. Caso seja positivo, deverá ser realizado novos testes rápido para a conclusão do diagnóstico.

Ainda, serviços que não dispuserem dos insumos de teste rápido podem colher uma amostra de soro, plasma ou sangue total de acordo com o que é preconizado pela metodologia

utilizada no laboratório de referência para seguir o fluxograma que trata do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV.

A realização de teste anti-HIV nos serviços de emergência deve ser feita após aconselhamento e consentimento verbal da mulher (ou do responsável nos casos de crianças).

No quadro seguinte a **Abordagem aos resultados dos exames realizados em situação de violência sexual realizados nos serviços de urgência e emergência.**

Quadro 20 - Abordagem aos resultados dos exames realizados em situação de violência sexual realizados nos serviços de urgência e emergência.

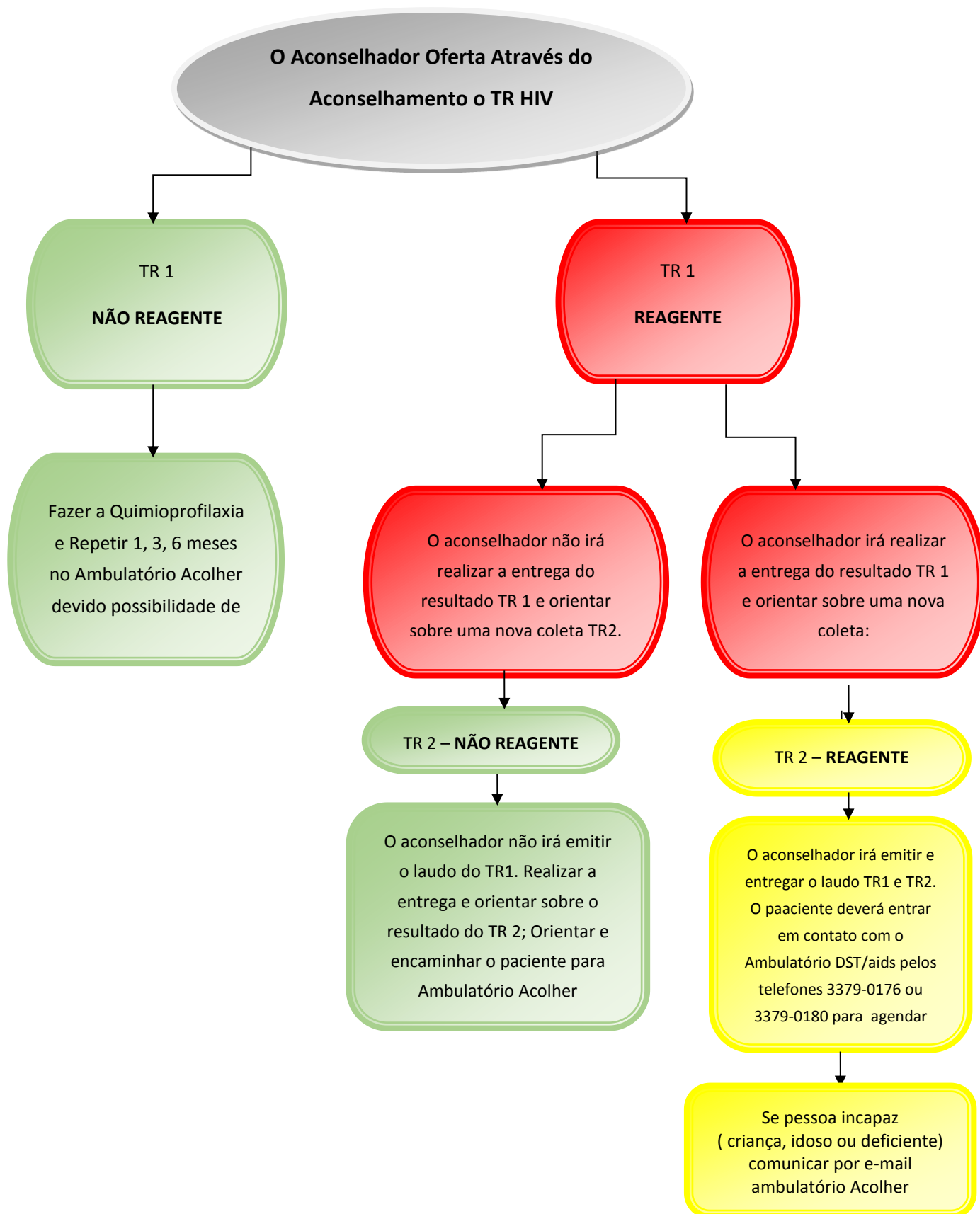
Exame	Vítima	Agressor	Conduta
Hemograma.		_____	Em caso de anemia com Hb < 8,0) e/ ou neutropenia com neutrófilos < 500 células, o AZT deve ser substituído . Sendo neste caso recomendado que a vítima seja encaminhada para um serviço de maior complexidade e avaliada por infectologista. Na impossibilidade desta conduta pode ser prescrito o esquema descrito no quadro 14 a 15 para 2ª. Escolha para Regime de administração de ARV.
			Prescrever as medicações quimioprofilaxia DST viral (ARV) e não viral
			Encaminhamento ao ambulatório de referência com resultado dos exames
AST (TGO), ALT (TGP)	Apenas para quem irá fazer uso ARV		Se alterado que possa comprometer ainda mais a função hepática ou hematopoiética com ARV solicitar avaliação especialista.
VDRL	Negativo	+ ou desconhecido	Quimioprofilaxia e encaminhamento ambulatório de referência
	Positivo	Independente	Tratamento conforme quadro 11 e encaminhamento ambulatório de referência com resultado de exames em mãos
HBsAG	Negativo	+ ou desconhecido	Quimioprofilaxia e encaminhamento ambulatório de referência
	Positivo	Independente	Encaminhamento ao ambulatório de referência e infectologista
HIV	Negativo	+ ou desconhecido	Quimioprofilaxia e encaminhamento ambulatório de referência
	Positiva	Independente	Encaminhamento ao ambulatório de referência e infectologista
Anti-HBC – IgM*	Negativo	+ ou desconhecido	Quimioprofilaxia e encaminhamento ambulatório de referência
	Positiva	Independente	Encaminhamento ao ambulatório de referência e infectologista
Anti HCV*	Negativo	+ ou desconhecido	Encaminhamento ambulatório de referência
	Positiva	Independente	Encaminhamento ao ambulatório de referência e infectologista
Anti-HBs	Negativo	Não se aplica	Iniciar Imunoprofilaxia para Hepatite B ou encaminhar para ambulatório de referência
	Positiva	Independente	Não realizar Imunoprofilaxia para Hepatite B encaminhar para ambulatório de referência
βeta -HCG plasmático**ou teste rápido	Negativo	_____	Anticoncepção de Emergência
	Positivo		Comunicar o Resultado e encaminhar ao ambulatório de referência

*Em caso de positividade para Hepatite B ou C, tanto no momento inicial como nos exames no 3º ou 6º mês, a pessoa deve ser encaminhada para avaliação médica especializada

** Para os serviços municipais (UBS, PAM, PAI, UPA, ambulatório de referência), tendo em vista a disponibilidade dos testes rápidos de gravidez, este pode ser realizado na amostra da urina para estes casos.

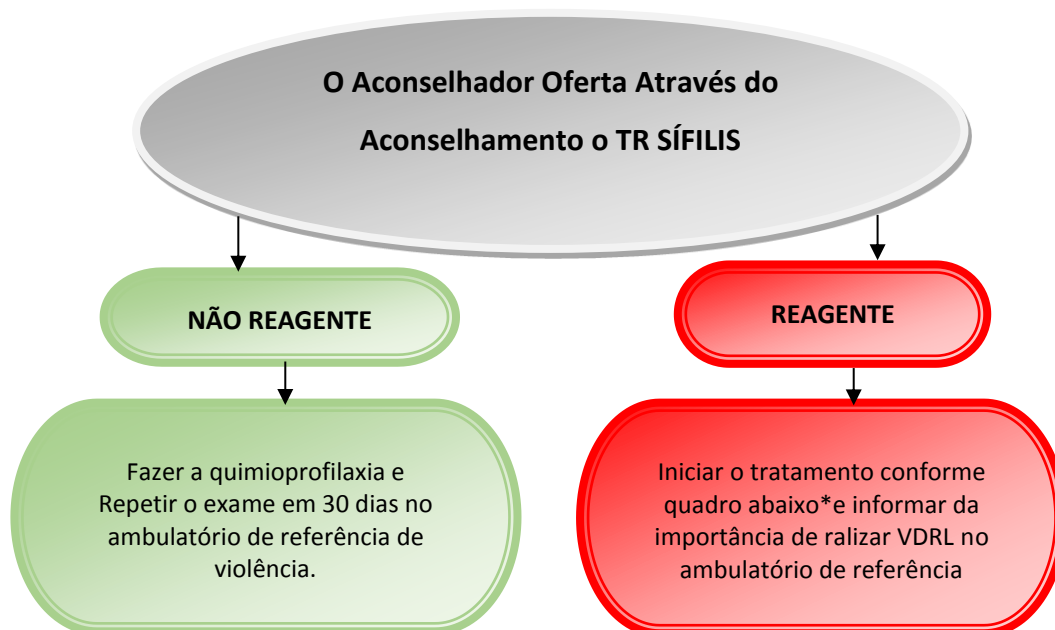
Fonte: A autora

FLUXOGRAMA 6 - Realização do Teste Rápido ou Sorologia HIV



*Ambulatório Acolher: Ambulatório de Referência para pós-exposição violência sexual: email: acolher@asms.londrina.pr.gov.br. Dados: Nome, idade, endereço, tipo de exposição

FLUXOGRAMA 7 - Realização do Teste Rápido ou Sorologia Sífilis



Quadro 21 - Tratamento da Sífilis Adquirida

TRATAMENTO SÍFILIS ADQUIRIDA*:

1. **Menos de 1 ano de evolução: Sífilis primária** (cancro duro); **Sífilis secundária** (roséola sífilítica) **ou latente recente** (assintomática com testes reagentes): Pen.G.Benz. 2.400.000 UI/IM, repetir a dose 01 semana depois. Dose total: 4.800.000 UI.

Alternativo devido a alergia à Penicilina:

Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 15 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.

2. **Mais de 1 ano de evolução: Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária:** Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI/IM, em 3 aplicações, com intervalo de 1 semana entre cada aplicação. Dose total: 7.200.000 UI

Alternativo devido a alergia à Penicilina:

Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 30 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes

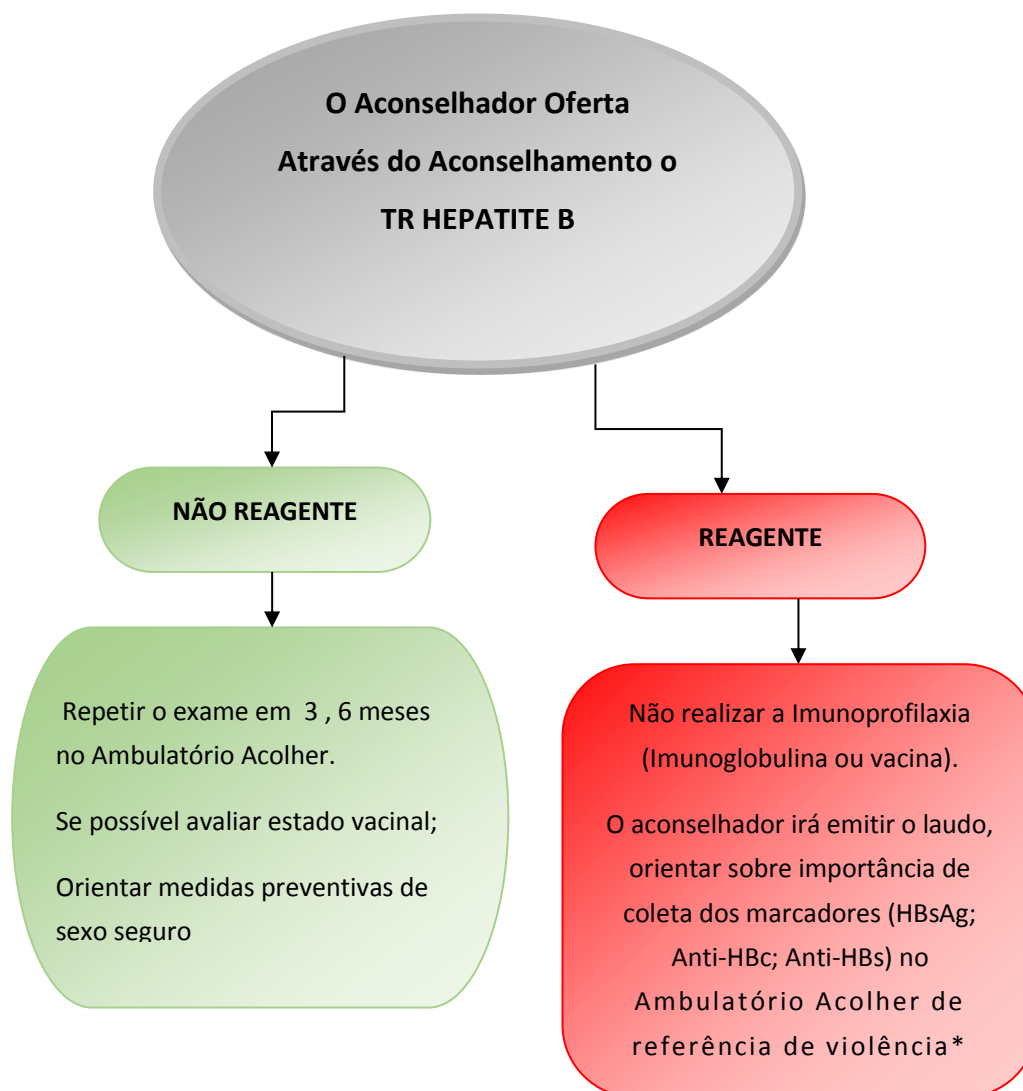
Tratamento do parceiro: Na ausência de **Cancro duro** ou roséola sífilítica tratar como sífilis latente tardia ou de duração ignorada.

O controle: A pessoa realizará o controle de cura através do VDRL.

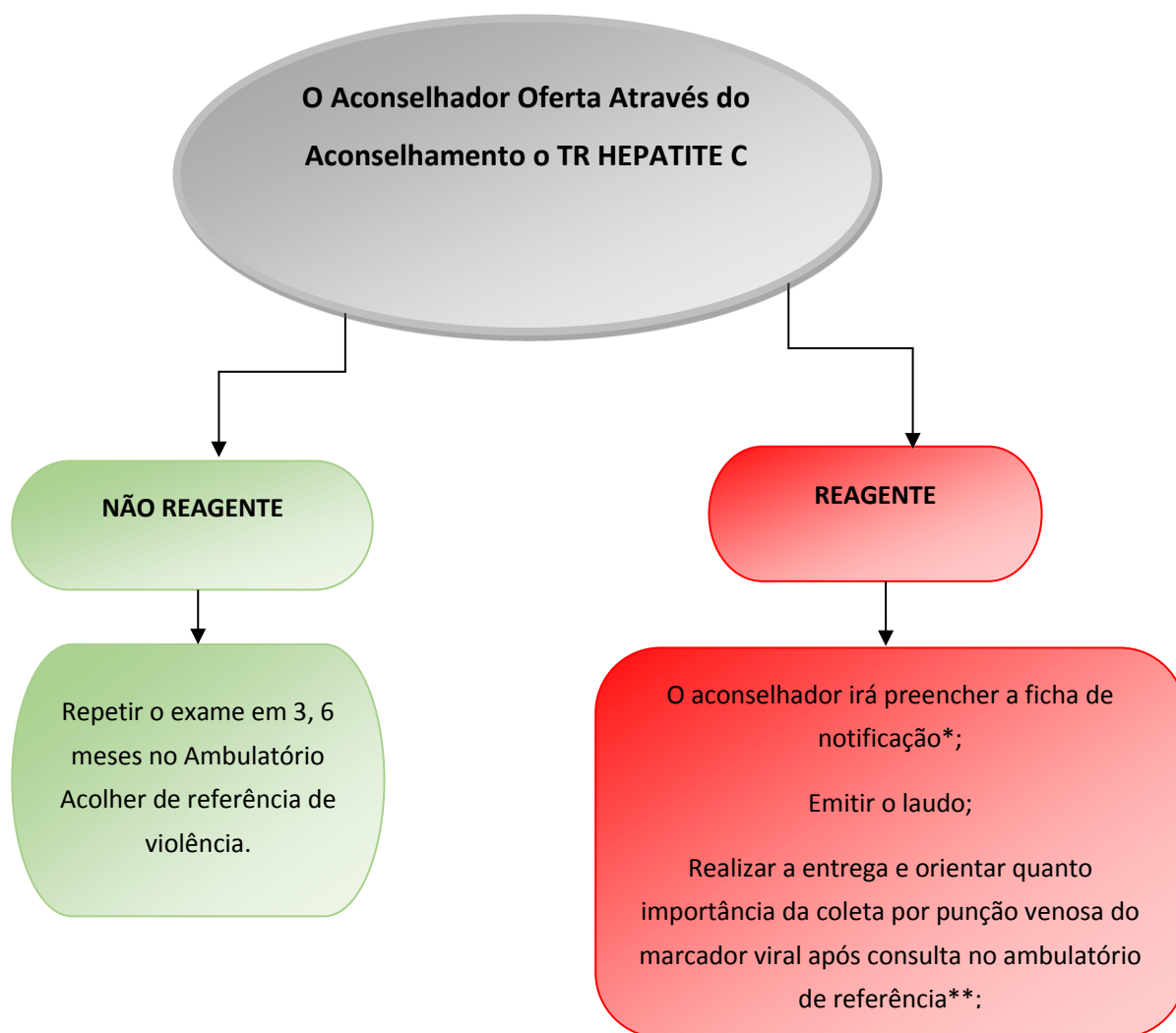
Retratamento: tratar novamente em caso de interrupção ou quadruplicação dos títulos (ex.: de 1:2 para 1:8).

Orientação: orientar para que os pacientes evitem relação sexual até completarem o seu tratamento e o do parceiro com doença (BRASIL, 2015b.p.98)

OBS: Considerando que a definição do diagnóstico da sífilis, assim como o seu tratamento oportuno, é fundamental na redução da transmissão vertical e da morbimortalidade, orientamos que diante de um VDRL positivo seja realizado o tratamento conforme quadro 21 no mesmo serviço de realização do teste diagnóstico. Assim, cabe ao ambulatório de referência o controle e acompanhamento do caso.

FLUXOGRAMA 8 - Realização do teste rápido ou sorologia hepatite B

*No ambulatório de referência o médico(a) ou enfermeira(o) deverão orientar quanto a coleta por punção venosa dos marcadores: HBsAg, Anti-HBc e Anti-HBs que deverá seguir o Fluxograma de Acompanhamento no Ambulatório de Referência da Pessoa Após Violência Sexual com Teste Rápido Hepatite B Reagente.

FLUXOGRAMA 9 - Realização do teste rápido ou sorologia hepatite C

* A Ficha de Notificação deverá ser encaminhada para a Epidemiologia.

** No ambulatório de referência o médico ou enfermeira deverão orientar quanto a coleta por punção venosa dos marcadores: Anti-HCV que deverá seguir o Fluxograma de Acompanhamento no Ambulatório de Referência da Pessoa Após Violência Sexual com Teste Rápido Hepatite C Reagente.

6.1.2.4 Coleta de Material para Provas Periciais

No Brasil, a coleta de evidências materiais dos crimes sexuais é procedimento formalmente atribuído aos peritos do Instituto Médico Legal ou, em casos específicos, a outros profissionais legalmente investidos para esse fim.

Nos municípios da região de Londrina (17ª. Regional de saúde do Paraná), o serviço de coleta do material para provas periciais até segunda ordem está sendo coletado pelo IML- Londrina, entretanto é importante lembrar que a identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância nas situações de violência sexual, tanto para a comprovação material do crime alegado, como para a identificação e responsabilização do autor.

Desta forma, em diversas situações principalmente, nos casos de atendimento de emergência em que se indique o exame ginecológico, mas que ainda não tenha sido realizado o exame pericial, ou em situações em que a vítima em um primeiro momento, não manifeste desejo de comunicar o fato para a autoridade policial, ou que não deseje ou não possa realizar o exame pericial é desejável que o **serviço de saúde proceda com o recolhimento de elementos que, eventualmente, colaborem com necessidades das autoridades ou que auxiliem na confecção de laudo indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.**

O recolhimento dos elementos pode se dar de forma indireta ou direta:

- ✓ De forma indireta através do recolhimento de roupas (calcinha, calça, blusas) ou outros produtos que possa conter material biológico do agressor como líquido seminal, sangue cabelo e outros. Neste caso os profissionais do serviço de saúde devem fornecer à vítima envelopes de papel para acondicionamento destes materiais
- ✓ De forma direta, a coleta dos elementos se dá pelo médico assistente que faz um esfregaço (swab) oral, anal ou vaginal para a pesquisa de material biológico do agressor. Neste caso recomendamos a leitura do anexo A - Coleta de material para prova pericial.

Assim, recomenda-se preservar as roupas que a mulher utilizava no momento da violência sexual. Pelos do autor da violência, identificados em vagina ou em outras regiões, também devem ser preservados. Fragmentos da pele do autor podem ser encontrados abaixo das unhas da mulher, particularmente nos casos em que a mesma ofereceu resistência física.

As peças de vestuário da vítima (roupas íntimas, calças, lençol, toalha etc.) as quais possam ter entrado em contato com os fluidos corporais (sangue, líquido seminal) do agressor guardadas preferencialmente em envelopes ou sacolas de papel.

Quadro 22 - Orientações para coleta exame pericial de conjunção carnal no IML-Londrina

- O exame poderá ser realizado até 72 horas da ocorrência.
- A vítima, ou responsável deve ligar para o serviço de 2ª. A 6ª. Feira horário comercial para agendamento da perícia;
- No dia agendado levar: documentos pessoais (RG, CPF ou registro de nascimento);
- Se mulher em idade fértil levar resultado do teste de gravidez;
- Solicitação do exame em mãos assinada pelo conselho tutelar, promotor público ou delegado

Fonte: A Autora

6.1.2.4.1 Coleta de Material Proveniente de Abortamento, que Cursam com a Violência Sexual

Nas situações de abortamento, o material embrionário deve ser acondicionado diretamente em frasco de pequeno volume, abolindo-se qualquer tipo de fixador. Nas gestações com menos de 12 semanas recomenda-se preservar parte dos restos embrionários obtidos pelo esvaziamento uterino cirúrgico ou pelo abortamento medicamentoso, secos o quanto possível com compressa ou similar.

Nas gestações com 13 semanas ou mais, recomenda-se preservar parte do cordão umbilical ou parte de material fetal. Essas amostras devem ser devidamente identificadas e encaminhadas para congelação o mais breve possível, mantendo-as dessa forma preservadas por prazo indeterminado.

- i. A análise comparativa de DNA permite estabelecer, com absoluta segurança, a relação de paternidade com a gestação interrompida com o suposto autor da violência sexual. Da mesma forma, identifica o DNA do autor no material biológico recuperado imediatamente após a violência sexual. Recomenda-se que retirada do material biológico seja precedida de ofício da autoridade requerente, formalizando a transferência da guarda.

OBS: Se o indivíduo fonte for conhecido deverá ser avaliado em relação à infecção pelo HIV, Hepatite B (HBV), Hepatite C (HCV) e sífilis (VDRL)

6.1.2.5 Quimioprofilaxia

As evidências que suportam benefício da utilização de profilaxia ARV para violência sexual são indiretas e derivam de modelos teóricos de outras situações, tais como os conceitos de dinâmica viral e o impacto na redução da transmissão do HIV durante a gravidez e o

parto. Além destas evidências, estudos observacionais de profilaxia de acidentes com materiais biológicos (PEP) e de exposição sexual do HIV têm estimulado o emprego de esquemas antirretrovirais em situações de violência sexual. Alguns estudos em animais, utilizando macacos com inoculação endovenosa ou em mucosa do vírus da imunodeficiência símia (SIV), também têm servido como modelo de extrapolação para o contexto de profilaxia de transmissão do HIV.

Os riscos potenciais parecem inferiores aos benefícios da profilaxia. Devem ser consideradas principalmente a toxicidade no período de utilização dos antirretrovirais e a potencial seleção de variantes resistentes, caso ocorra a soroconversão.

Em relação às crianças sabe-se que elas apresentam maior vulnerabilidade às DST devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. O diagnóstico de uma DST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual. Contudo, crianças são frequentemente submetidas a tipos de abuso sexual diferentes da penetração vaginal, anal ou oral, que não as expõem ao contato contaminante com o agressor. Deve-se considerar também que, em grande parte dos casos, a violência sexual na infância é crônica e prolongada, perpetrada pelo mesmo agressor. Nesses dois casos, a profilaxia das DST não virais e do HIV e da imunoprofilaxia da hepatite B não estão recomendadas, porém é essencial que se interrompa o ciclo de violência. (BRASIL, 2012 p.47).

Quadro 23 - Risco de infecção HIV em exposição sexual

Tipo de Exposição	Risco de transmissão Exposição%	Observação
Anal receptiva	0.4%-3.38%	Risco geral de 1: 909 exposições se ♂ circuncidados ou 1:161 ♂ não circuncidados.
Anal insertiva	0.06%-0.62%	
Vaginal receptiva	0.018%-0.150%	Risco geral de 1: 2.500 exposições
Vaginal insertiva	0.03%-0.09%	
Oral receptivo	0,06%_____	Alguns estudos sugerem risco próximo a zero.

Fonte: Wilton,2012; SÃO PAULO, 2014.

No caso de **violência sexual, o risco de infecção pelo HIV**, à semelhança do que ocorre com as DST, depende de muitas condições. Entre elas, destacam-se: os tipos de exposição sexual (anal, vaginal, oral); o número de agressores; a susceptibilidade da vítima; a rotura himenal; a exposição a secreções sexuais e/ou sangue; a presença de DST ou úlcera genital; a carga viral do agressor; o início precoce da profilaxia ARV, quando indicada; também está associado ao trauma subjacente, na medida em que a escassa lubrificação produz lesões abrasivas e soluções

de continuidade mais frequentes, contribuindo para elevar os riscos de infecção. BRASIL(2012a p.54).

Assim, tem-se que os estudos existentes indicam que o risco de transmissão em casos de violência sexual está entre 0,8 e 2,7%, sendo comparável, e até mesmo superior, ao observado em outras formas de exposição sexual heterossexual única ou em acidentes perfuro-cortantes entre profissionais de saúde. O trauma genital com lacerações pode chegar a 40% nas mulheres violentadas, comparando com 5% nas situações de sexo consentido (BRASIL, 2012. p.54)

6.1.2.5.1 Quimioprofilaxia DSTS Virais – HIV

Quadro 24 - Situações que indicam ou não uso ARV

<p>Indicação uso ARV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pessoas expostas ao sêmen, sangue e/ou outros fluídos nas últimas 72 horas**; ◆ Pessoas submetidos ao coito anal e/ou vaginal; Nos casos de coito oral a prescrição deve ser feita somente se houve ejaculação intrabucal; ◆ Agressor com teste rápido positivo (+); ◆ Vítimas com teste rápido negativo (-); 	<p>Não Precisam receber ARV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Penetração oral sem ejaculação; ◆ Uso de preservativo durante toda a agressão; ◆ Agressor sabidamente HIV negativo; ◆ Violência sofrida há mais de 72 horas; ◆ Abuso crônico pelo mesmo agressor; ◆ Agressor com teste rápido negativo (-); ◆ Vítimas com teste rápido (+).
<p>Observação:</p> <p>*A testagem para HIV do agressor não deve retardar o início da profilaxia ARV, mas deve ser feita sempre que possível mesmo após o início da quimioprofilaxia, para tomada de decisão terapêutica. Nos casos em que o agressor é sabidamente HIV positivo e está em tratamento antirretroviral, deve-se iniciar a profilaxia conforme protocolo e solicitar avaliação de um infectologista para prescrição de um melhor esquema profilático conforme exame de carga viral e genotipagem no agressor.</p> <p>**A profilaxia ARV do HIV deve ser considerada uma emergência e iniciada imediatamente após a violência, preferencialmente nas primeiras 2 horas com possibilidade de início até 72 após exposição. O esquema deve ser mantido sem interrupção por quatro semanas consecutivas (BRASIL, 2011 p.58)</p>	

Fonte: BRASIL, 2012a p.55-56

6.1.2.5.2 Regime de administração Antirretroviral (ARV)

O esquema de primeira escolha deve combinar dois Inibidores da Transcriptase Reversa análogos de nucleosídeos/nucleotídeos (ITRNN), como a zidovudina (AZT) associada a lamivudina (3TC) e a um inibidor da protease adicionado de ritonavir (IP/r) co-formulado, como o lopinavir/ritonavir (LPV/r).

O mecanismo de ação dos ARV se dá basicamente de duas formas: Os ITRNN, atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria. Tornam essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza. Já o Inibidor da protease (IP) e

Quadro 26 - 1ª. Escolha de regime de administração ARV para Adolescentes > 12 anos, Gestantes e Adultos em geral- Tempo 4 semanas:

Droga	Apresentação	Dosagem recomendada	Comentários	Efeitos colaterais
Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC)	300 mg/300 mg	1 comprimido (VO) 1 X/ dia	Pode ser administrado com alimentos Manter entre 15°C a 30°C A lamivudina habitualmente é bem tolerada nas primeiras quatro semanas de terapia inicial, sendo rara a ocorrência de efeitos adversos	Cefaleia, náusea, vômitos, fadiga, dor abdominal. Pacientes nefropatas requerem uma avaliação da função renal.
Atazanavir (ATV)	300 mg	1 comprimido (VO) 1 X/dia	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar com alimento. • Transferência placentária baixa • Sem evidência de teratogenicidade • Elevações fisiológicas isoladas de bilirrubina em neonatos foram observados em alguns estudos clínicos 	Pode causar náusea, cefaleia, exantema, icterícia e elevação de bilirrubina total
Ritonavir (r)	100mg	1 comprimido (VO) 1 X/dia	<ul style="list-style-type: none"> - refrigerar (2°C a 8°C). - Administrar com alimento ou após refeições 	Geralmente bem tolerado, porém pode determinar diarreia associada a perda de peso, náuseas e vômitos.

OBS: As mulheres que estejam amamentando devem ser esclarecidas sobre os riscos potenciais de transmissão do HIV pelo leite materno. Em tais situações, deve-se orientá-las para a interrupção da amamentação.

Fonte: BRASIL (2015 p.23-24;38);BRASIL(2014a p.225).

6.1.2.5.3 Intolerância aos Antirretrovirais (ARV):

Na presença de intolerância medicamentosa, o paciente deve ser reavaliado no serviço que prescreveu as medicações ou, no caso de já ter sido atendido no Ambulatório de Referência (ambulatório de acompanhamento a pessoa após violência Sexual) deve procurar este serviço.

Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, podendo ser utilizados medicamentos sintomáticos, a exemplo dos antieméticos ou antidiarréicos. Nessa reavaliação, esquemas alternativos de antirretrovirais podem, eventualmente, ser necessários na tentativa de se manter a profilaxia até a durante as quatro semanas.

Orientação para diminuir a intolerância:

- Iniciar os ARV imediatamente e adequar horário, de acordo com a rotina da cliente, com objetivo de maior adesão ao tratamento;
- Orientar os sintomas de intolerância aos ARV prescritos (manifestações gastrintestinais, cutâneas e gerais);
- Orientar meios para minimizar náuseas ou vômito;
- Orientar hiper-hidratação oral e alimentação adequada para minimizar os efeitos colaterais dos ARV (nefropatia, anemia, hepatopatia);

OBS: No caso de Intolerância. Sugere-se a leitura do anexo E- Intolerâncias aos Antiretrovirais ARV.

Quando optar-se por troca do esquema terapêutico para esquemas alternativos, caso a nova medicação não esteja disponível no serviço, fornecer a receita da medicação e solicitar que o usuário ou família procure o Centro de referência HIV/Aids (Alameda Manoel Ribas nº 1) no horário das 7:00 -16:30. Reforçar a necessidade de consulta no Ambulatório ACOLHER, serviço de referencia ambulatorial para casos de violência sexual.

6.1.2.5.4 Quimioprofilaxia Contras DSTS Não Virais

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar graves consequências físicas e emocionais. A prevalência de DST em situações de violência sexual é elevada, e o risco de infecção depende de diversas variáveis como:

- Tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral);
- Número de agressores, o tempo de exposição (única, múltipla ou crônica);
- A ocorrência de traumatismos genitais;
- A idade e susceptibilidade da vítima;

- Mulher, a condição himenal, a presença de DST e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor. Estudos têm mostrado que, dentre mulheres que sofreram violência sexual, 16 a 58% delas adquirem pelo menos uma DST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico. A prevalência de DST em grávidas que sofreram abuso sexual é maior quando comparada a não expostas a este tipo de violência.

Uma parcela significativa das infecções genitais decorrentes de violência sexual pode ser evitada. Doenças como gonorréia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Esta medida é fundamental para proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres dos possíveis e intensos impactos da violência sexual. A vaginose bacteriana pode estar presente no momento do exame inicial, porém atualmente não é considerada uma DST.

Algumas DST virais como as infecções por herpes simples e pelo papilomavírus humano (HPV) ainda não possuem profilaxias para situações de violência.

Nos casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida com o agressor, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo (masculino ou feminino) durante todo o crime sexual, não se recomenda a profilaxia de DST não virais. Entretanto, é essencial interromper o ciclo de violência, e o uso da profilaxia deve ser individualizado.

Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais em situações de violência sexual. Ao contrário da profilaxia para a infecção pelo HIV, a prevenção das DST não virais pode ser postergada a critério do profissional de saúde e da mulher, em função das condições de adesão desta ou mesmo para evitar intolerância gástrica, significativa com o uso simultâneo de diversas medicações. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos ao tratamento.

A equipe de saúde deve informar aos pacientes sobre os benefícios e os efeitos adversos associados à profilaxia. Podem ser associados antieméticos, principalmente se for feita a contracepção de emergência.

Quadro 27 - Indicação da quimioprofilaxia DST'S não viral após violência sexual*

Indicação Quimioprofilaxia DSTS Não Viral:	Não Precisam receber Quimioprofilaxia DSTS Não Viral:
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pessoas expostas ao sêmen, sangue e/ou outros fluídos; ◆ Pessoas submetidos ao coito anal e/ou vaginal, ou oral, mesmo que não tenha havido ejaculação. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Uso de preservativo durante toda a agressão; ◆ Abuso crônico pelo mesmo agressor.

Fonte: BRASIL, 2012a p.45-48, (Adaptado).

* Embora não seja possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais em situações de violência se–xual, seguimos a conduta de outros protocolos nacionais em que orientam que após 72 horas a quimioprofilaxia pode ser prescrita no ambulatório de referência, não constituindo portanto emergência clínica, entretanto caso a pessoa seja atendida pelo profissional médico neste momento não há impedimento para prescrição de quimioprofilaxia recomendada.

Quadro 28 - Quimioprofilaxia das DSTs não virais para crianças, adolescentes, gestantes e adultos

Indicação	Medicação	Apresentação	Via de administração	Posologia	
				Peso menor de 45 Kgs.	Peso maior 45 Kgs.
Profilaxia da sífilis	Penicilina G Benzatina	Frasco ampola com 600.000 UI, 1.200.000UI	IM	50 mil UI/Kg (máximo: 2,4 milhões UI, divididos em duas doses de 1,2 milhões UI em cada glúteo)	2,4 milhões UI, IM, dose única. Aplicar 1,2 milhões UI em cada glúteo
Profilaxia da Gonorréia	Ceftriaxona	250 mg (acompanha diluente de 2 ml)	IM	125 mg (1 ml) dose única	250 mg (2 ml) dose única
Profilaxia da Clamídia e do cancro mole	Azitromicina	600 mg/15 ml; 900 mg/22,5 ml; 500 mg	VO	20mg/Kg (máximo 1g) dose única	2 comprimidos-500 mg (1g), dose única
Profilaxia da tricomoníase *	Metronidazol	comprimidos	VO	15mg/Kg/dia, de 8/8 horas, por 7 dias (máximo 2g).	2g, VO, dose única (8 comp. 250 mg) Gestantes após o 1º trimestre: 250mg, 3 vezes/dia, por 7 dias ou 500 mg 12/12 horas por 7 dias

*Profilaxia da tricomoníase pode ser postergada para após o término do ARV

Fonte: BRASIL (2012 a. p.48).

OBS: Considerando que não há tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais em situações de violência se–xual. Ao contrário da profilaxia para a infecção pelo HIV, medicações de uso oral para a prevenção das DST não virais pode ser postergada a critério do profissional de saúde e da mulher, em função das condições de adesão desta ou mesmo para evitar intolerância gástrica, significativa com o uso simultâneo de diversas medicações. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos ao tratamento

Fonte: BRASIL, 2012a.p.45.

6.1.2.6 Contraceção de Emergência

Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher, resultando em taxas de gravidez entre 1 a 5%. A gravidez decorrente de violência sexual representa, para a maioria das mulheres, uma segunda forma de violência. A complexidade da situação e os danos por ela provocados podem ser, em grande parte dos casos, evitados com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE), ação das mais importantes na atenção aos casos de violência sexual. A AE é o método anticonceptivo que previne a gravidez após a violência sexual, utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo.

6.1.2.6.1 Indicação para a Contraceção de Emergência

- a) As adolescentes após a menarca e mulheres em idade fértil (que estejam antes da menopausa), expostas ao risco de gravidez através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, incluindo-se o período menstrual ou mesmo para aquelas que já fazem uso de método contraceptivo;
- b) Abuso sexual vaginal ocorrido nas últimas 72 horas, com possibilidade de prorrogação até 120 horas.

6.1.2.6.2 Princípios Gerais da Contraceção de Emergência

- A CE não é método abortivo; atua de maneira a impedir a gestação. Dessa forma, a CE não é capaz de interromper uma gestação, em tempo algum.
- Mecanismos de ação da CE hormonal: a) Se antes da ovulação, provoca uma inibição ou atraso da ovulação. b) Se após ovulação atua modificando o muco cervical, tornando-o espesso e hostil, impedindo ou dificultando a migração sustentada dos espermatozóides do trato genital feminino até as trompas em direção ao óvulo.
 - A CE hormonal é um método seguro, eficiente e bem tolerado. Sua eficácia é significativamente maior quanto mais cedo é iniciada, podendo prevenir até 99% das gestações decorrentes de violência sexual.
 - O uso de progestágenos devem ser a primeira opção para a CE hormonal, devido à sua maior eficácia. As taxas de reações adversas também são menores, bem como a intensidade das mesmas.

6.1.2.6.3 Contraceção de Emergência Recomendações Principais

- Os métodos hormonais para a CE devem ser iniciados preferencialmente nas primeiras 72 horas da violência sexual, porém pode ser estendida até 120 horas ou 5 dias após o contato sexual. A administração após este período não apresenta nenhum efeito contraceptivo, além de poder acarretar reações adversas desnecessárias.
- Para a maioria das pacientes em uso de CE, o sangramento menstrual deverá ocorrer em torno da data habitualmente prevista. Apenas um pequeno percentual delas terá algum sangramento imediato após o término da CE ou apresentará antecipação ou atraso menstrual significativo.
- As reações adversas mais comuns incluem náuseas, vômitos, cefaléia, mastalgia e tonturas. Se ocorrerem vômitos nas primeiras 2 horas, deve-se repetir a dose da CE, podendo ser utilizado um antiemético previamente.

Raramente se observam reações adversas graves.

- Nos casos de falha da CE não há indícios de efeitos teratogênicos ou aumento do risco de gravidez ectópica.
- Não há contra-indicações para a utilização da CE com o uso de progestágenos.

Quadro 29- Regime de administração da contracepção de emergência

Método	Medicação	Modo de Uso*	Nome comercial	OBS**	Taxa de falha
Levonorgestrel exclusivo	Levonorgestrel 1, 5 mg/ Comprimido	1 comprimido VO dose única	Postinor®2, norlevo®, ou pilem®, ou pozato®, ou nogravid®, ou poslov®	1ª. Escolha	0-3 dias: 1.1%. 4- 5 dias: 2.7%
	Levonorgestrel 0,75mg/ Comprimido	1 comprimido VO 12/12 hs. Total 2 comprimidos			
Método Yuzpe**	etinil-estradiol -50µg levonorgestrel- 250µg/Comprimido	2 comprimidos VO a cada 12 horas ou 4 comprimidos dose única. Total 4 comprimidos	Evanor® ou Neovlar®	2ª. Escolha (Pode ter interação com ARV)**	0-3 dias: 3,2%. 4- 5 dias: ____
	etinil-estradiol -30µg levonorgestrel- 150µg/Comprimido	4 comprimidos VO a cada 12 horas ou 8 comprimidos dose única. Total 8 comprimidos	Microvlar® ou Nordette®		

OBS: * Em caso de inconsciência da mulher devido aos traumatismos severos, pode ser colocado a medicação no canal vaginal (BRASIL, 2005a p.10).

****As evidentes vantagens do levonorgestrel sobre o método de Yuzpe refere-se ao fato de que o levonorgestrel está isento de efeitos colaterais e contra-indicações. Além de não apresentar interação com medicamentos anti-retrovirais, especialmente o**

Ritonavir, resultando em redução dos níveis séricos dos estrogênios e conseqüentemente aumentar risco de gravidez indesejada (BRASIL (2012a p.39).

6.1.3 Acompanhamento Ambulatorial a Pessoas Vítimas de Violência Sexual

O acompanhamento ambulatorial visa dar seguimento as medidas instituídas pelos serviços de pronto atendimento em caso de violência sexual quando notificada antes de 120 horas (5 dias) ou após este período institui medidas profilaxia contra DSTs não virais e avaliação social e/ou psicológica conforme o caso. Desta forma se faz necessário uma avaliação multiprofissional.

- a) Avaliação Clínica e laboratorial pelo médico e/ou enfermeira;
- b) Avaliação ginecológica se for o caso e conforme a necessidade (um cuidado compartilhado com serviço de ginecologia da atenção básica pode solicitado);
- c) Avaliação Psico-social frente a situação atual;
- d) Avaliação estado vacinal;
- e) Instituir condutas em situações crônicas de violência sexual.

6.1.3.1 Atribuições dos Profissionais no Ambulatório de Referência

As atribuições relacionadas abaixo refere-se aquelas executadas no ambulatório de referência após uma semana do atendimento inicial, durante seis meses.

Quadro 30- Atribuições do Assistente Administrativo no Ambulatório de Referência

Atribuições do Assistente Administrativo
1. Oferecer apoio a família;
2. Preencher a ficha de notificação do SINAN e/ou comunicar ao Conselho Tutelar de casos que envolvam criança e adolescente em situação de violência, quando solicitado por profissional enfermeiro;
3. Participar das discussões da equipe quanto aos assuntos pertinentes ao atendimento à pessoa em situação de violência;
4. Informar a pessoa em situação de violência ou responsável sobre a rotina do seguimento ambulatorial com equipe multidisciplinar;
5. Orientar família/pessoa significativa para o apoio diário;
6. Verificar o comparecimento dos usuários e fazer busca ativa via telefone das pessoas que estiverem em atraso independente da idade;
7. Realizar o agendamento de exames e consultas;
8. Emitir listagens e relatórios, quando solicitado;
9. Controlar, organizar e atualizar arquivos administrativos, bibliográficos e de estoque, em ordem preestabelecida, sob orientação;
10. Auxiliar os profissionais responsáveis, na realização de ações referente ao ambulatório junto a usuários, comunidade e/ou outros serviços de saúde.

Atribuições Comuns do Enfermeiro, Médico e Técnico de Enfermagem

1. Acolher a pessoa em situação de violência;
2. Oferecer Apoio a Família;
1. Investigar sintomas de intolerância aos ARV e orientar sobre alimentação adequada e não ingestão dos medicamentos em jejum para redução dos sintomas;
2. Adequar horário da ingestão do ARV de acordo com a rotina, para melhorar a adesão ao tratamento
3. Reforçar a orientação de hiper-hidratação.;
4. Investigar uso de medicamentos que interagem com os ARV;
5. Fazer teste rápido de β HCG na urina se houver suspeita de gravidez;
6. Fazer o Aconselhamento rápido pré e pós-teste;
7. Reforçar sinais e sintomas de infecção geniturinária;
8. Oferecer, estimular e intervir para o seguimento psicológico nos casos de alteração emocional/sexual e encaminhar ao serviço social se identificar problema econômico/social;
9. Reforçar uso do preservativo (fornecer até o retorno), atentando para sinais de disfunção sexual;
10. Reforçar uso de método contraceptivo;
11. Informar sobre a rotina do seguimento ambulatorial com equipe multidisciplinar;
12. Orientar sobre exame ginecológico, coleta de secreção vaginal e de sorologias para HIV, hepatite B e C e sífilis, durante o atendimento (45, 90 e 180 dias) ⁽¹⁰⁻¹¹⁾;
13. Orientar família/pessoa significativa para o apoio diário. Solicitar o comparecimento ao serviço se julgar necessário;
14. Solicitar e/ou Agendar retorno com equipe do ambulatório (enfermeira,médico,assistente social, psicóloga);
15. Preencher os impressos necessários para encaminhamento.

Atribuições do Enfermeiro no Acompanhamento Ambulatorial

1. Aferir resultados das sorologias coletadas, se negativo, informar o resultado. Qualquer alteração no resultado sorológico (positivo ou não conclusivo) encaminhar para médico;
2. Solicitar consulta médica no ambulatório se houver sinais importantes de intolerância ou intoxicação química por ARV ou infecção geniturinária ou gravidez (UBS de referência da pessoa);
3. Verificar o comparecimento dos usuários e solicitar ao serviço social busca ativa via telefone das pessoas que estiverem em atraso, independente da idade;
4. Realizar Teste Rápido de HIV, sífilis, Hepatites virais quando disponível ou solicitar o exame laboratorial em data oportuna.

Atribuições do Médico

1. Tratar a pessoa com alterações dos exames conforme fluxo já estabelecido e quando necessário referenciar para especialidades;
2. Solicitar consulta com médico ginecologista ou infectologista se não for possível a resolução das queixas como sinais graves de intolerância ou intoxicação química por ARV que não puderem ser resolvidas no ambulatório.

Atribuições do Técnico de Enfermagem)

1. Verificar o comparecimento dos usuários e solicitar ao serviço social busca ativa via telefone das pessoas que estiverem em atraso, independente da idade;
2. Realizar Teste Rápido de HIV, sífilis, Hepatites virais quando disponível sob supervisão do enfermeiro.

Atribuições Comuns do Assistente Social e Psicólogo

1. Acolher a pessoa em situação de violência;
2. Oferecer Apoio a Família;
3. Utilizar instrumento para avaliação da rede de apoio pessoal/familiar;
4. Oferecer, estimular e intervir para a orientação psicológica nos casos de alteração emocional/sexual;
5. Avaliar/ estimular a autonomia, individualidade e direitos;
6. Fornecer espaço de sigilo e atendimento;
7. Promover a discussão com a Equipe multiprofissional no sentido de favorecer o acolhimento e humanização e vínculo terapêutico;
8. Fornecer os encaminhamentos necessários aos pontos de apoio da Rede de cuidado a pessoa em situação de violência;
9. Acolher o agressor quando este se fizer presente e dar os encaminhamentos necessários;
10. Oferecer Suporte para a Equipe de Saúde quando identificar dificuldade de manejo com as situações que envolvem violência;
11. Informar sobre a rotina do seguimento ambulatorial com equipe multidisciplinar;
12. Orientar família/pessoa significativa para o apoio diário. Solicitar o comparecimento ao serviço se julgar necessário;
13. Solicitar e/ou Agendar retorno com equipe;
14. Orientar as famílias sobre a resignificação das relações familiares em prol da tolerância e da formação de vínculos protetores;
15. Acompanhar e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes;
16. Buscar apoio de outros profissionais, quando julgar pertinente, e articular as ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e de proteção social no território;
17. Orientar sempre que possível em ações com a comunidade que é necessário a adoção de medidas preventivas à ação violenta, demonstrando com a necessária firmeza que crianças, adolescentes, idosos, gays, lésbicas, ou qualquer outro grupo são sujeitos de direitos e, portanto, a sociedade não tolera que sejam alvos de violações;
18. Acompanhar e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes;
19. Articular ações de redes e mobilização da comunidade em prol da promoção da saúde e prevenção da violência;
20. Participar e/ou fomentar atuação de outros atores da rede de atenção, cuidado, defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes e outros por serem de importância fundamental para minimizar a violência,

como um exemplo de medida preventiva desse tipo é a redução da presença ou do acesso às drogas, ao álcool e às armas.

21. Realizar avaliação social (assistente social) ou psicológica (psicólogo) e verificar se a rede de cuidados e amparo psico social já foi acionada;

22. Auxiliar na verificação do comparecimento dos usuários e fazer busca ativa via telefone das pessoas que estiverem em atraso.

6.1.3.2 Acompanhamento Laboratorial Pós-Violência Sexual

O Acompanhamento Laboratorial é de suma importância para a detecção de agravos que possam ser decorrentes da violência sexual. Assim ela deve ocorrer nos tempos previstos, sendo que a alta do acompanhamento apenas ocorrerá após 6 meses da agressão e os exames negativados.

Quadro 31 - Acompanhamento laboratorial pós-violência sexual

EXAMES	0 dia	7 d.	15 d.	45 d.	3 m.	6 m.	Justificativa
1.Hemograma	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Indicado para pessoas que fizeram uso de ARV, uma vez que estas medicações podem interferir significativamente com a quantidade de células sanguíneas especialmente linfócitos totais e plaquetas.
2.Transaminases AST (TGO) ALT (TGP)	Sim		Sim	Sim			Indicado para pessoas que fizeram ou irão fazer ou fizeram uso de ARV. As transaminases são enzimas hepáticas que podem ter sua concentração aumentada na presença de lesões das células hepáticas que dentre outras causas pode ocorrer devido as medicações ARV reconhecidas como hepatotóxicas.
3.Teste gravidez	Sim		Sim	Sim	Sim	-	O teste de gravidez do momento 0 e 15 dias ainda é para detecção de uma gravidez anterior a violência sexual, sendo os demais testes para pesquisa de gravidez resultante da violência.
4.Anti HIV *	Sim		-	Sim	Sim	Sim	Os estudos existentes indicam que o risco de transmissão em casos de violência sexual está entre 0,8 e 2,7%, sendo comparável, e até mesmo superior, ao observado em outras formas de exposição sexual (heterossexual) única ou em acidentes perfuro-cortantes entre profissionais de saúde.
5.Sífilis (VDRL ou TR)	Sim		-	Sim	Sim	Sim	A lesão específica é o cancro duro (sífilis primária) que pode surgir no local da inoculação cerca de 3 semanas após a infecção, a involução pode ser espontânea e ressurgir após 6-8 semanas em forma de máculas de cor eritematosa (sífilis secundária). Contudo muitos pacientes podem também ser assintomáticos. Assim, para a pesquisa da sífilis, podem ser realizados os testes não treponêmicos (VDRL) à partir as amostras de soro ou líquido. Em geral este teste apresenta mais resultado falso positivo, uma vez que 1% da população possui VDRL + em baixa titulação. Já os testes treponêmicos mais utilizado em nossa prática é o Teste rápido com amostra sangue capilar ou FTA ABS, ambos para a detecção de anticorpos treponêmicos.
6.Hepatite B (HBsAg ou teste rápido)	Sim		-		Sim	Sim	Primeiro marcador da infecção por HBV. Aparece de um a três semanas antes dos sintomas. Persistência por mais de seis meses indica infecção crônica. Desaparece nos primeiros seis meses da doença quando a evolução é para a cura.
7.Hepatite C (Anti-HCV teste rápido)	Sim		-		Sim	Sim	Marcador sorológico que indica contato prévio com o vírus da hepatite C, mas não define se recente ou tardio ou mesmo se a infecção ainda persiste, pois 15-20% das pessoas infectadas conseguem obter cura espontânea.

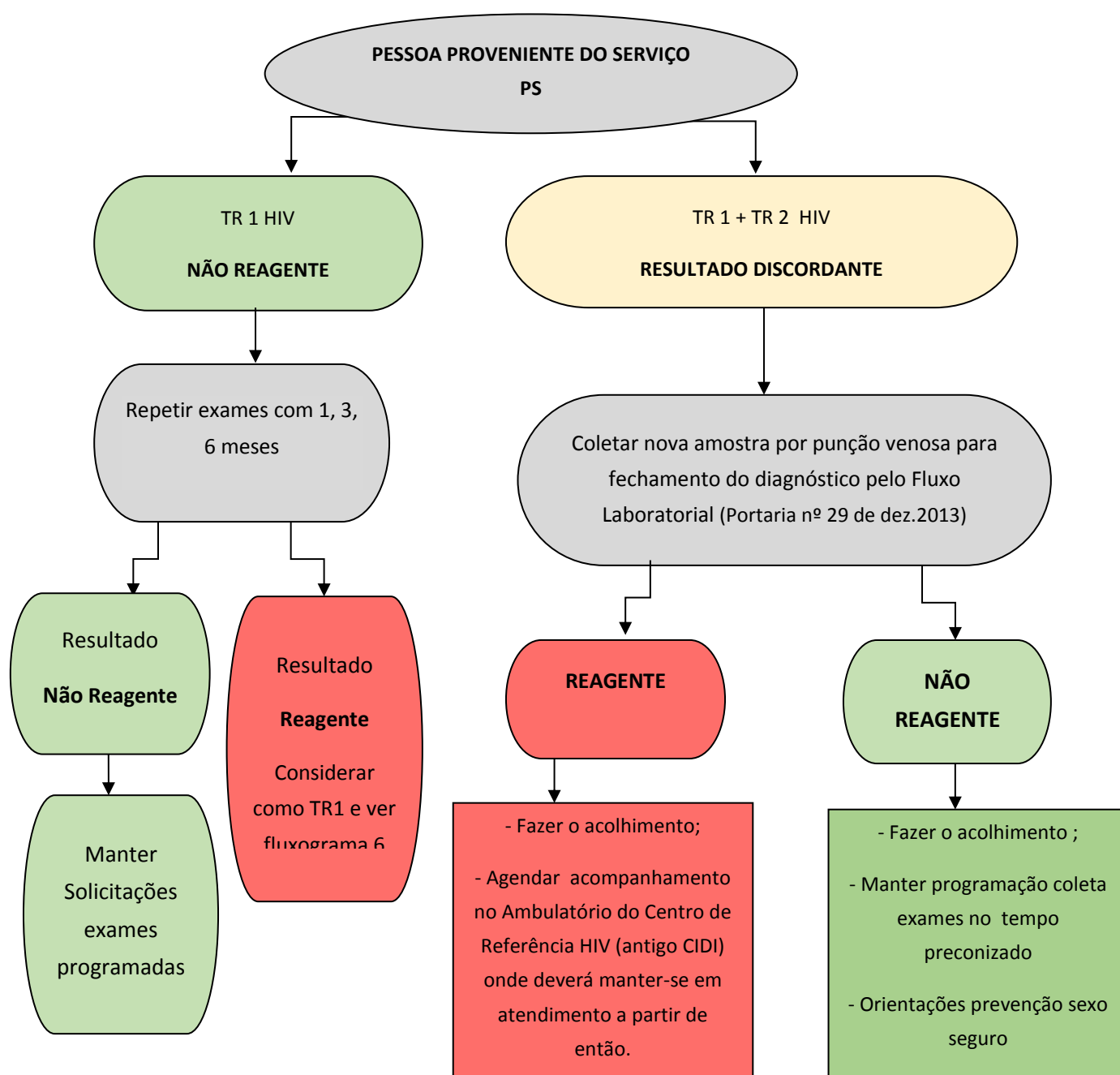
8.Anti-HBs		Sim**					Em caso de situação de violência sexual, este exame é parâmetro para a resposta a vacina anti Hepatite B. Devendo o resultado ser avaliado no máximo até 14 dias após exposição a fim de implementar as medidas de imunoprofilaxia para hepatite B.
9.HCV-RNA (PCR qualitativo)	-				Sim		Testes moleculares como a PCR (Polimerase Chain Reaction) possibilitam a detecção direta do RNA viral (Hepatite C), sendo capaz de diagnosticar a infecção durante o período de janela imunológica em pacientes infectados sujeitos à terapia. Assim, recomenda-se realizá-lo após 90º dia da exposição. Considerando a inexistência de medidas profiláticas, a exemplo de vacinas e imunoglobulinas, e diante de algumas evidências de que o tratamento da infecção aguda com antivirais (p ex. interferon) poderia prevenir a evolução da doença crônica.
10.Exame de conteúdo vaginal	Sim			Sim			Compreende a coleta de material para a realização de exame bacterioscópico e de cultura da secreção vaginal. Se disponível deve ser realizado nas pessoas de sexo feminino que sofrerem violência sexual sem proteção. A impossibilidade de realização deste exame não deve ser impeditivo de demais condutas.
11.FTABS	SN		-	SN	SN	SN	Exame treponêmico para confirmação ou suspeita de sífilis, é o primeiro teste a se tornar reagente em torno de 10 dias da evolução do cancro duro. Deve ser realizado apenas se necessário (SN) quando o teste de sífilis realizado foi o VDRL e este apresentou baixa titulação (até 1:8) sem clínica compatível.

* Excepcionalmente, a avaliação sorológica deverá ser repetida com 12 meses: nos casos que envolvem agressores co infectados pelo HIV/HCV e quando o indivíduo tiver história de imunossupressão. A testagem anti-HIV também deve ser recomendada para indivíduos que apresentem quadro sugestivo de infecção aguda pelo HIV, independentemente do intervalo desde a exposição.

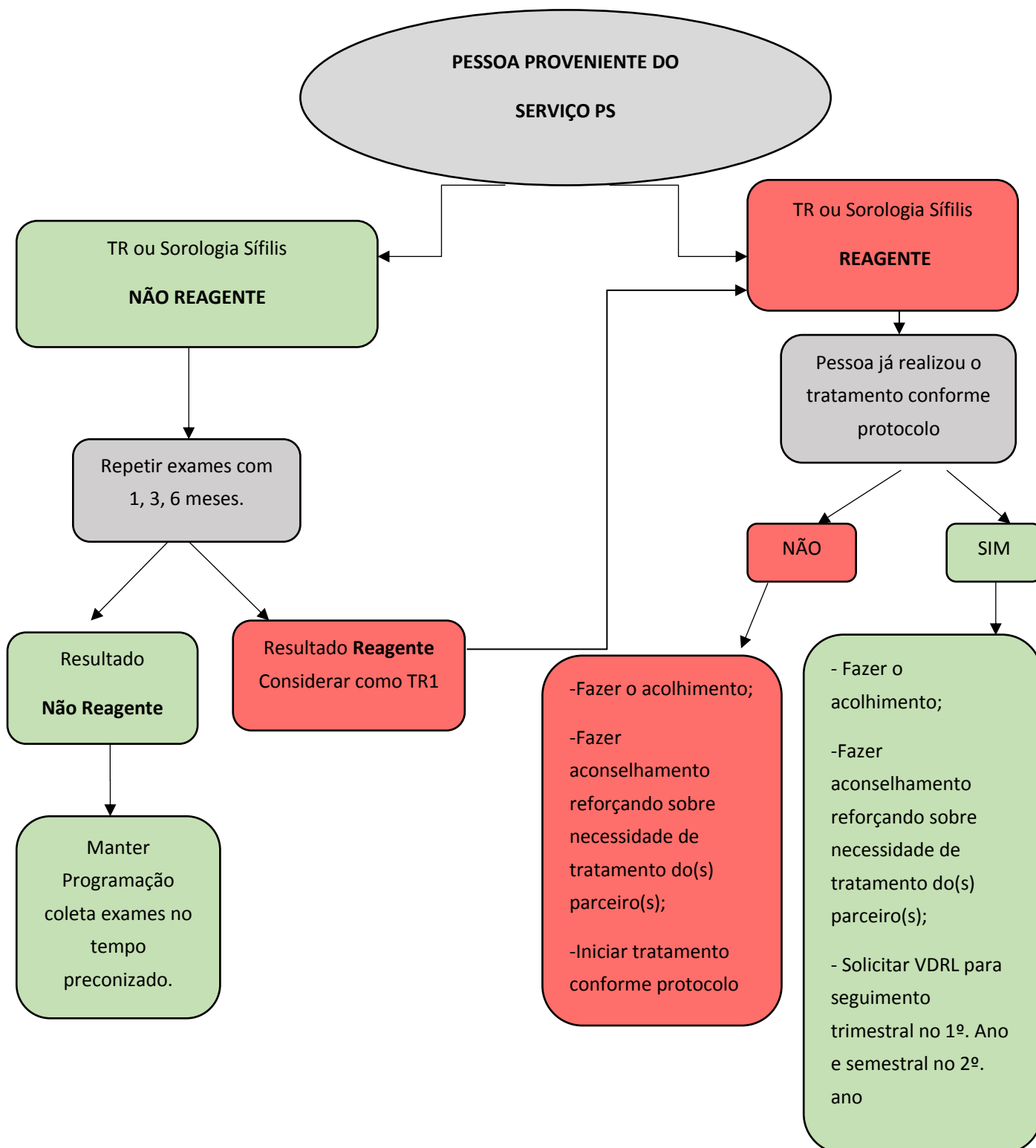
** Este exame pode ser solicitado no ambulatório Acolher de Referência para violência sexual.

Fonte: BRASIL(2012 a. p.51)

FLUXOGRAMA 10 - Acompanhamento da pessoa após violência sexual no ambulatório de referência- exame HIV



FLUXOGRAMA 11 - Acompanhamento da pessoa após violência sexual no ambulatório de referência- exame sífilis

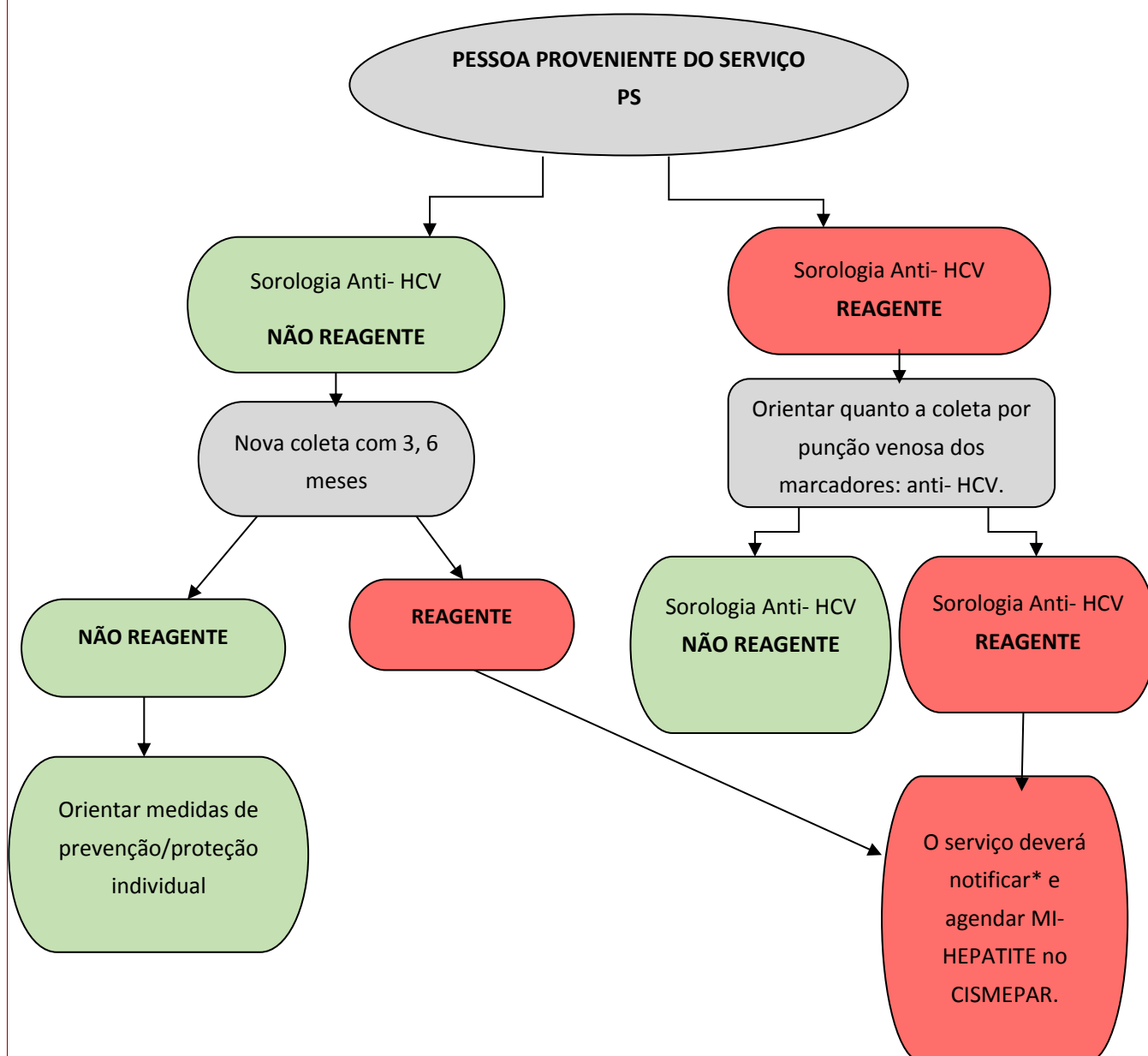


FLUXOGRAMA 12 - Acompanhamento da pessoa após violência sexual no ambulatório de referência- exame hepatite B



*OBS: A Ficha de Notificação deverá ser encaminhada para a Epidemiologia

FLUXOGRAMA 13 - Acompanhamento da pessoa após violência sexual no ambulatório de referência- exame hepatite C



*OBS: A Ficha de Notificação deverá ser encaminhada para a Epidemiologia

6.1.3.2.1 Imunoprofilaxia

O esquema completo de vacinação (três doses) induz imunidade em 90 a 95% dos casos. Desta forma toda pessoa em situação de violência sexual deve ter seu estado vacinal avaliado ,entretanto por entender que no serviço de urgência nem sempre é possível realizar uma avaliação criteriosa a mesma poderá ser feita no **Ambulatório Acolher de referência para violência Sexual**.

6.1.3.3 Imunoprofilaxia contra hepatite B:

A Imunoprofilaxia após violência sexual está indicada para algumas situações disposta no quadro seguinte.

Quadro 32- Situações que Indicam ou não o uso imunoprofilaxia contra Hepatite B

Indicação uso Imunoprofilaxia Hepatite B	Não precisa usar Imunoprofilaxia Hepatite B
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com testes rápido negativo para Hepatite B; • Pessoas expostas ao sêmen e/ou outros fluidos, nas últimas 72 horas, mesmo na ausência de penetração; • Pessoas submetidos ao coito ANAL e/ou VAGINAL; • Pessoas submetidas ao coito ORAL, quando houver ejaculação intrabucal; • Pessoas com Esquema vacinal incompleto ou estado vacinal desconhecido para hepatite B. • Pessoas com Esquema vacinal incompleto para hepatite B e/ou anti-Hbs < 10 mUI/ml 	<ul style="list-style-type: none"> •Pessoas com testes rápido positivo para Hepatite B*; •Quando o agressor tenha feito uso de preservativo; •Pessoas submetidas ao coito ORAL, sem ejaculação intrabucal; •Quando o agressor tenha o teste rápido Hepatite B não reagente •Pessoas com Esquema vacinal completo para hepatite B e anti-Hbs≥ 10 mUI/ml
<p>OBS: *Vítimas de violência que sofreram infecção pelo HBV estão imunes a reinfecção e não necessitam de profilaxia pos-violência sexual.</p>	

Fonte: (BRASIL, 2012a p.50, adaptado).

Quadro 33- Regime de administração imunoprofilaxia contra hepatite B pós violência sexual

Situação vacinal Sorológica da Pessoa em Situação de violência sexual/	Autor da violência	
	Hepatite B não reagente	Hepatite B reagente, desconhecido ou não testado
Não vacinado	Iniciar calendário de vacinação	IGHAHB + Iniciar esquema vacinação conforme Programa Nacional de imunização (PNI) em protocolo específico*: 0-30-6 meses
	Completar calendário de vacinação conforme Programa Nacional de imunização (PNI).	IGHAHB + Completar esquema vacinação conforme Programa Nacional de imunização (PNI).
Vacinado com 3 doses de Hepatite B	Nenhuma medida específica	Solicitar coleta anti HBs** a. Se Anti-HBs ($\geq 10\text{mUI/mL}$) considerar resposta vacinal adequado, não tomar nenhuma medida específica. b. Se Anti-HBs ($<10\text{mUI/mL}$) considerar resposta vacinal inadequada e realizar segunda serie de vacinação anti-Hepatite B (3 doses)

* Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser administradas preferencialmente nas primeiras 48 horas após o ocorrido não excedendo o período de 14 dias.

** O exame anti-HBs neste caso é para verificar a resposta vacinal. Poderá ser solicitado no ambulatório Acolher de referência.

***A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAB

Obs.: A administração da Imunoglobulina anti hepatite-B (IGHAB) deve ser **0,06 ml/kg, IM**, em extremidade diferente da vacina e se a dose da imunoglobulina ultrapassar 5ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes.

Fonte: (BRASIL, 2010 p.67, adaptado).

Quadro 34 - Interpretação dos marcadores hepatite B

Interpretação	HbsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti- HBc	Anti-HBe	Anti- HBs	Anti- HBs
Fase de incubação	+	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Fase aguda	+	+	+	+	(-)	(-)	(-)
Portador com replicação viral	+	+	(-)	+	(-)	(-)	(-)
Portador sem replicação viral	+	(-)	(-)	+	+	(-)	(-)
Provável cicatriz sorológica	(-)	(-)	(-)	+	(-)	(-)	(-)
Imunidade após hepatite B	(-)	(-)	(-)	+	+	+	+
Imunidade após hepatite B	(-)	(-)	(-)	+	(-)	+	+
Imunidade após vacina	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	+	+
Ausência de contato com HBV	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)

Fonte: BRASIL, 2012a p.49.

6.1.3.4 Situações Crônicas de Resultados de Violência que Demandam Assistência Especializada

Algumas situações de violência crônica em geral classificadas como azul, irão demandar uma assistência especializada para tratamento e resolução do ponto de vista clínico, entretanto devido a complexidade destes casos abre-se um leque de possibilidades e demandas assistências que não podem ser ignoradas pelo serviço que realiza o 1º atendimento e muito menos pelos serviços ambulatoriais sejam eles a UBS ou ambulatório. Acolher de referência para violência sexual.

Desta forma, será apresentado a seguir um quadro o qual não tem a pretensão de esgotar, mas apenas direcionar algumas das muitas situações de violência crônica que fazem parte do cotidiano dos serviços de saúde.

Vale ressaltar que estas possíveis condutas devem ser posteriores à aplicação de todo o protocolo abrangendo ações de acolhimento:

OBS: A investigação sobre oleta SITUAÇÕES CRÔNICAS DE RESULTADOS DE VIOLÊNCIA QUE DEMANDAM ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA pode se dar por entrevista, inspeção, observação ou mesmo através de consulta ao prontuário. Se a investigação for positiva dar seguimento conforme ciclo de vida/sexo.

Quadro 35 - Situações crônicas resultados de violência que demandam assistência

Situação crônica	Ciclo de vida/sexo	Condutas possíveis e específicas
1. Condiloma oral	Criança < 12 anos	- Investigar lesões em pais ou cuidadores preferencialmente no momento da abordagem a criança; - Encaminhar para cirurgia pediátrica hospital das Clínicas (HC) ou Hospital Infantil (HI) - Manter a criança acompanhamento sorológico e clínico ambulatório de referência e/ou pediatria UBS
	Mulher > 12 anos	- Encaminhar para o ambulatório da UMMESF
	Homem	- Encaminhar para o CIDI
	Idoso	- Encaminhar para o CIDI
2. Condiloma genital	Criança < 12 anos	- Investigar lesões em pais ou cuidadores preferencialmente no momento da abordagem a criança
	Mulher > 12 anos	- Encaminhar para o ambulatório da UMMESF
	Homem e Idoso	- Encaminhar urologia CIDI
3. Condiloma anal	Criança < 12 anos	- Investigar lesões em pais ou cuidadores preferencialmente no momento da abordagem a criança; - Encaminhar para cirurgia pediátrica hospital das Clínicas (HC) ou Hospital Infantil (HI) - Manter a criança acompanhamento sorológico e clínico ambulatório de referência e/ou pediatria UBS
	Adultos e idosos	- Proctologia
4. Encoprese	Criança	- CAPS infantil - Pediatria Hospital das clínicas S/N
4 Agravos ginecológicos: dor pélvica crônica; dispareunia, vaginismo dismenorréia.	Idoso	- Encaminhar para avaliação ginecológica
5. Sintomas diversos e inespecíficos sem causa aparente: palpitações; tensão muscular; desmaios; fadiga; síncope, dor abdominal, infecção recorrente do trato urinário	Todos	- Investigar com pediatra, clínico geral causas orgânicas; - Encaminhar para grupos de apoio inespecífico ou não (terapia comunitária, Atividades do CREAS, CRAS, e outros) de apoio na comunidade; - Buscar apoio para ações do psicólogo NASF

Fonte: A autora

6.1.4 A Gravidez Decorrente da Violência Sexual

Entre as conseqüências da violência sexual, a gravidez destaca-se pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. A gestação indesejada ou forçada é encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres.

O problema se agrava na medida em que parte importante das mulheres ainda não tem acesso aos serviços de saúde que realizam o abortamento, mesmo quando previsto e permitido pela legislação. Por falta de informação sobre seus direitos ou por dificuldade de acesso aos serviços seguros, muitas mulheres, convencidas de interromper a gestação, recorrem aos serviços clandestinos de abortamento, freqüentemente em condições inseguras e com graves conseqüências para a saúde, incluindo-se a morte da mulher.

Entretanto, para garantir o abortamento seguro para as mulheres em situação de gravidez decorrente de violência sexual, que assim o solicitem, é necessário que existam suprimentos e equipamentos adequados, aplicação de técnicas corretas e capacitação dos (as) profissionais de saúde. Além disso, o cumprimento de algumas medidas e cuidados simples é fundamental para que o abortamento seja oferecido de forma segura e acessível para a mulher nos serviços de saúde.

6.1.4.1 Alternativas Frente à Gravidez Decorrente de Violência Sexual

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como 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. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei n.º 2848, de 7 de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal.

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

Para o município de Londrina e Tamarana existe o Projeto “Entrega Legal”.

Para saber mais contacte a 1ª. Vara da Infância e Juventude

Local: Avenida Duque de Caxias, 689

Tel: 3372-3211 3372-3195 (Assistente Social)

6.1.4.2 Aspectos Legais gravidez decorrente de violência sexual

De acordo com o Decreto-Lei n.º 2848, de 7 de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual, desde que a idade gestacional não seja maior que 22 semanas, atestada por exame de ultrassonografia. Constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva.

- **O que não precisa para a solicitação da interrupção da gravidez decorrente de violência sexual:**

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento. Assim não é necessário:

- ❖ Apresentar boletim de ocorrência (presunção de veracidade);
- ❖ Alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento;
- ❖ Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do Instituto Médico Legal.

- **O que Precisa para solicitação da interrupção da gravidez decorrente de violência sexual:**

Segundo o Código Penal, **é imprescindível:** consentimento por escrito da mulher ou responsável para a realização do abortamento em caso de violência sexual, que deve ser anexado ao prontuário médico, e obedecido as seguintes características:

- ❖ Mulheres a partir dos **18 anos**, é considerada capaz de **consentir sozinha**;
- ❖ Adolescente entre **16 e 18 anos**, deve ser **assistida** pelos pais ou pelo representante legal;
- ❖ Adolescente ou criança com **idade menor que 16 anos**, ou deficiente mental, deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam **por ela**.

OBS: Adolescente mentalmente capaz, também 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.

6.1.4.3 Objeção de Consciência para Interrupção da gravidez decorrente de violência sexual

De acordo com o código penal brasileiro, ainda que a interrupção da gravidez seja considerada legal em algumas situações, é garantido ao (à) médico (a) a **objeção de consciência** e o **direito de recusa em realizar o abortamento** em casos de gravidez resultante de violência sexual. No entanto, é dever do (a) médico (a) informar à mulher sobre seus direitos e, no caso de objeção de consciência, **deve garantir a atenção ao abortamento por outro (a) profissional da instituição ou de outro serviço**. Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que viole a lei, o código de ética profissional e os direitos humanos das mulheres.

Cabe ressaltar que **não há direito de objeção de consciência** em algumas situações excepcionais:

- 1) Risco de morte para a mulher;
- 2) Em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro (a) profissional que o faça;
- 3) Quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do (a) profissional;
- 4) No atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

Para maiores esclarecimentos sugere-se a consulta dos materiais:

1. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 3ª ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 670-85
2. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual : perguntas e respostas para profissionais de Saúde. Brasília: 2011. 50p.

6.1.4.4 Planejamento familiar após interrupção da gravidez ou entrega de um filho em adoção

O conceito de planejamento familiar envolve o direito da pessoa em decidir quando e quantos filhos deseja ter, além de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva (BRASIL, 2010b),

Entretanto não é incomum os profissionais de saúde não oferecerem os esclarecimentos necessários à prevenção de nova gestação às mulheres que por opção não desejaram continuar com uma gravidez ou ao final desta entregaram seu filho em adoção.

Assim, muitas destas, sem apoio social e/ou familiar e mesmo profissional desejarão “re-fazer a história” engravidando logo em seguida, o que a depender dos motivos em que se deu a entrega ou interrupção da gravidez, poderá tão somente reiniciar novo ciclo de sofrimento (MOTA, 2001).

Assim, embora pareça óbvio é importante destacar que todas as mulheres que passaram por estas situações devem ser inscritas e em algumas situações até monitoradas para a participação em Programas de Planejamento familiar que envolva principalmente, três tipos de atividades: o aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas, desenvolvidas de forma integradas (BRASIL, 2010b).

OBS: À respeito do tema Planejamento familiar, recomendamos a leitura do Protocolo de Planejamento familiar, LONDRINA, 2006 e Saúde sexual e saúde reprodutiva. (BRASIL, 2010b).

6.2 Violência Física

O uso da força física de forma intencional, não acidental, pode tomar dimensões diferentes a depender das características do agente agressor, bem como da vítima. De modo geral é a forma de violência mais fácil de diagnosticar, pois o agressor pode utilizar-se (principalmente no caso de crianças e adolescentes) de instrumentos como chinelos, chicotes, cintos, fivelas, cordas, correntes, o que deixa marcas no corpo.

É necessário avaliar cuidadosamente as medidas clínicas e cirúrgicas que atendam as necessidades da vítima o que pode resultar na necessidade de atenção de outras especialidades médicas.

Em caso de traumatismos concomitantes a violência sexual que pode sofrer grande diversidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais e anais são os mais frequentes. Nas lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento deve-se proceder apenas com assepsia local. Havendo sangramento, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas. Na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica. Na ocorrência de traumatismos físicos, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o status vacinal da vítima (quadro 31).

Os danos físicos, genitais ou extragenitais, devem ser cuidadosamente descritos em prontuário médico. Se possível, os traumatismos físicos devem ser fotografados e também

anexados ao prontuário. Na indisponibilidade desse recurso, representações esquemáticas ou desenhos podem ser utilizados e igualmente incluídos no prontuário (BRASIL, 2012).

6.2.1 Conduas Gerais em casos de Violência Física

- Realizar acolhimento e classificação de risco;
- Preencher a Ficha Epidemiológica de VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA, no momento ZERO, ou seja, assim que for detectada a violência. **Não é necessário assinar, porém, todos os campos devem ser preenchidos.**
- Realizar a anamnese;
- Prestar a assistência cabível para cada caso (ver quadros 4-6 sobre acolhimento com avaliação e classificação de risco);
- Orientar a paciente no sentido de comparecer à Delegacia de Polícia para registrar ocorrência e, a partir daí ser encaminhada ao exame pericial do IML;
- Em caso de crianças e adolescentes – avisar o Conselho Tutelar. Caso necessário o seguimento ambulatorial será feito no CREAS III - Centro de Referência Especializada da Assistência Social;
- Seguir o fluxo de atendimento de acordo com o Ciclo de Vida.

OBS: O papel dos profissionais de saúde é de prevenir, atender e notificar. Não cabe a esses profissionais investigar a situação de violência.

6.2.2 Conduas Específicas da Violência física

6.2.2.1 Observar ferimentos:

- Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.
- Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.

6.2.2.2 Realizar Imunização ativa (Vacina):

- Conforme o estado vacinal anterior. Aproveitar a oportunidade para indicar a complementação do esquema de vacinação.
- Utilizar para os menores de 12 meses: a tetravalente; para os menores de 07 anos: a tríplice (DPT), dupla tipo infantil (DT) ou DPT acelular: A partir dos 07 anos: dupla tipo adulto (dT).

6.2.2.3 Realizar Imunização passiva (Imunoglobulinas):

- Imunoglobulina humana antitetânica: 250UI - via intramuscular; ou soro antitetânico com teste prévio se for necessário (ver quadro 34);
- Para a administração da imunoglobulina Humana Antitetânica (IGHAT) ou do soro antitetânico (SAT) utilizar local diferente daquele utilizado na administração da vacina;
- Para paciente imunodeprimido, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT;
- Orientar a pessoa que recebeu IGHAT ou SAT que deverá procurar o serviço de saúde, caso apareça qualquer reação, principalmente entre o 7º e o 12º dia, depois da administração do soro (doença do soro: febre, urticária, dores musculares, aumento de gânglios, etc);

6.2.2.4 Realizar curativo:

- Proceder curativo oclusivo ou aberto conforme a necessidade.

Quadro 36 - Esquema para profilaxia do tétano (imunização ativa e passiva) em caso de ferimento

História de vacinação prévia contra o tétano	Ferimentos com risco mínimo de tétano (1)		Ferimentos com Alto risco de tétano(2)	
	Vacina (3)	Imunização passiva (4)	Vacina (3)	Imunização passiva (4)
Menos de 3 doses ou ignorada (5)	sim	não	sim	sim
Três doses ou mais: * Última dose há menos de 05 anos	não	não	não	não
*Última dose entre 05 e 10 anos	não	não	sim (6)	não
*Última dose há mais de 10 anos	sim	não	sim (6)	não

Legenda

(1) Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

(2) Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.

(3) Vacina - utilizar:

- Menores de 12 meses: a tetravalente; Menores de 07 anos: a tríplice (DPT), dupla tipo infantil (DT) ou DPT acelular; A partir dos 07 anos: dupla tipo adulto (dT).

(4) Imunização passiva:

- Imunoglobulina humana antitetânica: 250UI - via intramuscular; Ou soro antitetânico com teste prévio;
- Para a administração da imunoglobulina Humana Antitetânica (IGHAT) ou do soro antitetânico (SAT) utilizar local diferente daquele utilizado na administração da vacina.

(5) Aproveitar a oportunidade para indicar a complementação do esquema de vacinação.

(6) Para paciente imunodeprimido, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT

Fonte: LONDRINA (2007 p.30).

6.2.2.5 Exames Radiológicos

Nas vítimas de violência física, o estudo radiológico deve ser realizado de acordo com dados da história e exame físico, ao ser verificada alguma lesão suspeita.

Nas crianças com dois anos ou menos e nos pacientes que não se comunicam, havendo suspeita, deve-se realizar exame radiológico de todo o esqueleto, mesmo não existindo evidências de trauma esquelético ao exame físico.

Nas crianças existindo que se expressam verbalmente e nos adolescentes devem ser radiografadas as áreas suspeitas, doloridas ou com limitação de movimentos. Ultrassonografias, tomografias computadorizadas e ressonância nuclear magnética devem ser realizadas se houver indicação, de acordo com o quadro clínico.

6.3 Violência Psicológica / Negligência

- Realizar acolhimento e classificação de risco;
- Preencher a Ficha Epidemiológica de Violência Doméstica e/ou outras violências no momento ZERO, ou seja, assim que for detectada a violência. **Não é necessário assinar, porém, todos os campos devem ser preenchidos.**
- Realizar a anamnese;
- Prestar a assistência cabível;
- Em caso de crianças e adolescentes – avisar o Conselho Tutelar;
- O papel dos profissionais de saúde é de prevenir, atender e notificar. Não cabe a esses profissionais investigar a situação de violência;
- Caso necessário o seguimento ambulatorial será feito no CREAS III - Centro de Referência Especializada da Assistência Social;
- Orientar a vítima a fazer a denúncia na Delegacia da mulher ou outra Delegacia de Polícia.
- Em caso de mulheres, encaminhar a paciente para acompanhamento social e psicológico no Centro de Atendimento a Mulher;
- Discutir com equipe da atenção básica do domicílio (enfermeira, psicólogo, assistente social etc..) formas de acompanhamento.

6.4 Violência Patrimonial

- Realizar acolhimento;
- Preencher a Ficha Epidemiológica de Violência Doméstica e/ou outras violências no momento ZERO, ou seja, assim que for detectada a violência. **Não é necessário assinar, porém, todos os campos devem ser preenchidos;**

- Realizar a anamnese (com quem reside, se é dependente de cuidados, se tem vínculo afetivo com a família, quem controla suas finanças etc.);
- Observar se a aposentadoria ou fonte de renda do idoso está sendo utilizada indevidamente por familiares ou cuidadores (ex.: a falta de uso da medicação, de alimentação ou vestuário pela falta de recursos financeiros);
- Prestar a assistência cabível;
- O papel dos profissionais de saúde é de prevenir, atender e notificar. Não cabe a esses profissionais investigar a situação de violência;
- Seguir o fluxo de atendimento de acordo com o Ciclo de Vida.

6.5 Violência Autoprovocada

De acordo com a OMS, o suicídio é “um ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida”. Embora o Brasil apresente uma taxa geral considerada baixa pela OMS para este tipo de violência (5,6 mortes por 100.000 habitantes), os dados identificados na série de 1994 a 2004 apontam que alguns estados brasileiros apresentavam taxas comparáveis aos países apontados como de frequência de média a elevada como é o caso do Rio Grande do Sul (9,9/100.000 habitantes). Além disso, seguem a mesma tendência de ascensão e apresentam um coeficiente agregado para os sexos masculino e feminino de 3,7:1 (dados de 2004), semelhante à média para inúmeros países. Embora a mortalidade no sexo masculino seja mais elevada, o aumento proporcional das taxas, no período, foi de 16,4% para os homens e de 24,7% nas mulheres.

Segundo a OMS, a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio; é a sexta causa de incapacitação entre 15 a 44 anos e preocupante nos idosos com idade superior a 75 anos. Apesar de complexo, pode ser prevenido. É fundamental que profissionais da saúde saibam identificar, abordar, manejar e encaminhar uma pessoa com tendência suicida (BRASIL, 2006b).

No Brasil, há uma média de 24 suicídios oficialmente registrados por dia. Cerca de 90% dos casos são relacionados a doenças mentais sem tratamento adequado, especialmente a depressão. Entretanto, segundo dados da OMS, estima-se que o número de tentativas de suicídio seja 8 vezes superior aos suicídios registados. As taxas de suicídio em cada país oscilam entre os 5,92 por cada 100.000 habitantes, para a Itália, e 25 por cada 100.000 habitantes na Eslovênia (OMS, 2005).

6.5.1 Fatores de Risco Para o Suicídio

Os principais fatores de risco para o suicídio constituem na história de tentativa anterior da violência e o transtorno mental. Contudo outros fatores encontrados são relacionados abaixo.

Quadro 37 - Fatores de risco ao suicídio

Transtornos	Fatores de Risco	Sinais de Risco para Suicídio
Transtornos mentais	<ul style="list-style-type: none"> • transtornos do humor (ex.: depressão); • transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ex.: alcoolismo); • transtornos de personalidade (principalmente <i>borderline</i>, narcisista e anti-social); • esquizofrenia; • transtornos de ansiedade; <p>comorbidade potencializa riscos (ex.: alcoolismo + depressão).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ comportamento retraído; ✓ inabilidade para se relacionar com a família e amigos; ✓ pouca rede social; ✓ mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo;
Sócio-demográficos	<ul style="list-style-type: none"> • sexo masculino; • faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos; • estratos econômicos extremos; • residentes em áreas urbanas; • desempregados (principalmente perda recente do emprego); • aposentados; • isolamento social; • solteiros ou separados; • migrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ depressão ou apatia; ✓ mudança no hábito alimentar e de sono; ✓ sentimento de culpa e ódio, de se sentir sem valor ou com vergonha; ✓ desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar, documentos, escrever um testamento, etc.;
psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • perdas recentes; • perdas de figuras parentais na infância; • dinâmica familiar conturbada; • história familiar de suicídio • datas importantes; • reações de aniversário; • personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil; • tentativa de suicídio anterior 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ sentimentos de solidão, impotência, desesperança; ✓ cartas de despedida; ✓ menção repetida de morte ou suicídio.
condições clínicas incapacitantes	<ul style="list-style-type: none"> • doenças orgânicas incapacitantes; • dor crônica; • lesões desfigurantes perenes; • epilepsia; • trauma medular; • neoplasias malignas e Aids. 	

Fonte: BRASIL (2006b, p.15) (Adaptado).

6.5.2 Aspectos Psicológicos no Suicídio

Existem estágios no desenvolvimento da intenção suicida, iniciando-se geralmente com a imaginação ou a contemplação da idéia suicida. Posteriormente, um plano de como se matar, que pode ser implementado por meio de ensaios realísticos ou imaginários até, finalmente, culminar em uma ação destrutiva concreta. Contudo, não podemos esquecer que o resultado de um ato suicida depende de uma multiplicidade de variáveis que nem sempre envolve planejamento.

Existem três características próprias do estado em que se encontram a maioria das pessoas sob o risco de suicídio:

A. Ambivalência: é atitude interna característica das pessoas que pensam em ou que tentam o suicídio. Quase sempre querem ao mesmo tempo alcançar a morte, mas também viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio. Muitas pessoas em risco de suicídio estão com problemas em suas vidas e ficam nesta luta interna entre os desejos de viver e de acabar com a dor psíquica. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminuirá.

B. Impulsividade: o suicídio pode ser também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o impulso de cometer suicídio pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas. Normalmente, é desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o risco suicida.

C. Rigidez/constricção: o estado cognitivo de quem apresenta comportamento suicida é, geralmente, de constricção. A consciência da pessoa passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Os pensamentos, os sentimentos e as ações estão constrictos, quer dizer, constantemente pensam sobre suicídio como única solução e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Pensam de forma rígida e drástica: “O único caminho é a morte”; “Não há mais nada o que fazer”; “A única coisa que poderia fazer era me matar”. Análoga a esta condição é a “visão em túnel”, que representa o estreitamento das opções disponíveis de muitos indivíduos em vias de se matar. A maioria das pessoas com idéias de morte comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Elas, freqüentemente, dão sinais e fazem comentários sobre “querer morrer”, “sentimento de não valer pra nada”, e assim por diante. Todos esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados. Fique atento às frases de alerta. Por trás delas estão os sentimentos de pessoas que podem estar pensando em suicídio.

“Regra dos Quatro D” - sentimentos principais de quem pensa em se matar.

Depressão, Desesperança, Desamparo e Desespero

Frases de alerta de quem pensa em suicídio

“Eu preferia estar morto”.

“Eu não posso fazer nada”.

“Eu não agüento mais”.

“Eu sou um perdedor e um peso pros outros”.

“Os outros vão ser mais felizes sem mim”.

6.5.3 Utilizando a Anamnese ou História “Psi” como Ferramenta para Abordagem a Pessoa com Ideação Suicida

Segundo Brasil, 2008 este tipo de anamnese pressupõe uma forma de ir além da anamnese tradicional onde verifica-se apenas dados objetivos da pessoa. Em parte está misturado com o que chamamos de história clínica.

Definição Anamnese ou história “psi”: compreende uma história clínica mais completa, sem filtros, que ofereça dados subjetivos como o sentimento da pessoa ou como ela percebe a situação vivenciada.

Objetivos anamnese ou história “psi”:

- a) Entender o sentimento ou como o outro percebe a situação vivenciada;
- b) Oferecer espaço para as idéias e as palavras da pessoa atendida;
- c) Função terapêutica em si mesma, na medida em que situa os sintomas na vida do Sujeito e dá a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação;
- d) Permitir que os profissionais reconheçam as singularidades do Sujeito e os limites das classificações diagnósticas.

Desenvolvimento da anamnese “psi”:

Como colocado anteriormente história “psi” em parte está misturado com o que chamamos de história clínica, sendo um recurso do campo da saúde mental para destacar aspectos que nos parecem essenciais como:

- Exceto que ocorra alguma urgência ou dúvida quanto ao diagnóstico orgânico, não é preciso direcionar demais as perguntas para este fim e muito menos duvidar dos fatos que a(s) teoria(s) não explica(m) (“só dói quando chove, por exemplo”).

- Procurar descobrir o sentido da queixa ou sentimento da pessoa: respeitar e ajudar na construção de relações causais próprias, mesmo que não sejam coincidentes com a ciência oficial. Exemplo: por que você acha que adoeceu? É impressionante perceber as portas que essa pergunta abre na Clínica: ela ajuda a entender quais redes de causalidades o Sujeito atribui ao seu adoecimento. Ao fazer esta pergunta, muitas vezes damos um passo no sentido de ajudar o Sujeito a reconhecer e aprender a lidar com os “eventos” de forma menos adoecedora.
- Procurar conhecer as singularidades da pessoa, perguntando sobre os medos, as raivas, as manias, o temperamento, seu sono e sonhos. São perguntas que ajudam a entender a dinâmica do Sujeito e suas características. Elas têm importância terapêutica, pois possibilitam a associação de aspectos muito singulares da vida com o projeto terapêutico.
- Procurar avaliar se há negação da doença, qual a capacidade de autonomia e quais os possíveis ganhos secundários com a doença. Na medida em que a conversa transcorre, é possível, dependendo da situação, fazer estas avaliações, que podem ser muito úteis na elaboração do projeto terapêutico.
- Procurar perceber a chamada contratransferência, ou seja, os sentimentos que o profissional desenvolve pelo usuário durante os encontros; procurar descobrir os limites e as possibilidades que esses sentimentos produzem na relação clínica. Existem muitas pessoas e instituições falando na conversa entre dois Sujeitos. O profissional está imerso nestas forças. Perceber a raiva, os incômodos, os rótulos utilizados (bêbada, poliqueixosa, difícil, etc.), ajuda a entender os rumos da relação terapêutica, na medida em que, ato contínuo, pode-se avaliar como se está lidando com estas forças. Num campo menos sutil, é importante também analisar se as intenções do profissional estão de acordo com a demanda do usuário. O profissional pode desejar que a pessoa use preservativos e não se arrisque com DST. Entretanto, ela pode estar apaixonada. O profissional quer que não consuma drogas, ela quer ser feliz a sua maneira. Enfim é preciso verificar as intenções, as linhas de força que interferem na relação profissional-usuário para produzir algum caminho comum.
- Procurar conhecer quais os projetos e desejos do usuário. Os desejos aglutinam uma enorme quantidade de energia vital e podem ser extremamente terapêuticos, ou não. Só não podem ser ignorados.
- Conhecer as atividades de lazer (do presente e do passado) é muito importante. A simples presença ou ausência de atividades prazerosas é bastante indicativa da situação do usuário; por outro lado, conhecer os fatores que mais desencadeiam transtornos no usuário também podem ser decisivos num projeto terapêutico. São questões que em um número muito razoável de vezes apontam caminhos, senão para os projetos terapêuticos, pelo menos para o aprofundamento do vínculo e da compreensão do Sujeito.

- Fazer a história de vida é um recurso que pode incluir grande parte das questões propostas acima. Como demanda mais tempo, deve ser usado com mais critério. Muitas vezes requer também que haja um vínculo e um preparo anterior à conversa, para que seja frutífera. Por último, em relação à inserção social do Sujeito, acreditamos que as informações mais importantes já foram ao menos aventadas no decorrer das questões anteriores, visto que o usuário falou da sua vida. No entanto, nunca é demais lembrar que as questões relativas às condições de sobrevivência (moradia, alimentação, saneamento, renda, etc.) ou da inserção do Sujeito em instituições poderosas, como religião, tráfico, trabalho, freqüentemente estão entre os determinantes principais dos problemas de saúde e sempre serão fundamentais para o Projeto Terapêutico.

- Estimular, qualificar e situar cada sintoma em relação aos seus sentimentos e outros eventos da vida (modalização). Exemplo: no caso de uma mulher que apresenta falta de ar, é interessante saber como ele se sente naquele momento: com medo? Conformado? Agitado? O que melhora e o que piora os sintomas? Que fatos aconteceram próximo à crise? Isso é importante porque, culturalmente, a doença e o corpo podem ser vistos com um certo distanciamento e não é incomum a produção de uma certa “esquizofrenia”, que leva muitas pessoas ao serviço de saúde como se elas estivessem levando o carro ao mecânico: a doença (e o corpo) fica dissociada da vida.

Na medida em que a história clínica traz para perto dos sintomas e queixas elementos da vida do Sujeito, ela permite que haja um aumento da consciência sobre as relações da “queixa” com a vida. Quando a doença ou os seus determinantes estão “fora” do usuário, a cura também está fora, o que possibilita uma certa passividade em relação à doença e ao tratamento.

6.5.3.1 A Intervenção com a Anamnese Ampliada “psi”

A partir da anamnese ampliada o tema da intervenção ganha destaque.

Quando a história clínica revela um sujeito doente imerso em teias de relações com as pessoas e as instituições, a tendência dos profissionais de saúde é de adotar uma atitude “apostólica” (BALINT, 1988). Propomos que não predomine nem a postura radicalmente “neutra”, que valoriza sobremaneira a não-intervenção, nem aquela típica na prática biomédica, que pressupõe que o Sujeito acometido por uma doença seja passivo diante das propostas.

A partir da percepção da complexidade dessa MGI o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara a necessidade do protagonismo da mulher no projeto de seu cuidado: autonomia.

Desta forma, chega-se a uma proposta, que deve começar a ser negociada com o usuário. Se o objetivo é que o projeto seja incorporado pelo usuário, essa negociação deve ser flexível, sensível às mudanças de curso e atenta aos detalhes. É importante que haja um membro da equipe que se responsabilize por um vínculo mais direto e acompanhe o processo

(coordenação do PTS). Geralmente esta pessoa deve ser aquela com quem o usuário tem um vínculo mais positivo.

6.5.4 Mitos e Verdades para os Profissionais de Saúde diante de Pessoa com Idéias Suicidas

O tema suicídio envolve uma série de idéias que muitas vezes são decorrentes do senso comum desembocando em um mito que pode ou não circunscrever a verdade.

Quadro 38 - Mitos e verdades para os Profissionais de saúde diante de pessoa com idéias suicidas

MITO	VERDADE
<i>“Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso.”</i>	Questionar sobre idéias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com o paciente. Este se sente acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.
<i>“Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular.”</i>	A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a esse tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e necessita de ajuda.
<i>“Quem quer se matar, se mata mesmo.”</i>	Essa idéia pode conduzir ao imobilismo terapêutico, ou ao descuido no manejo das pessoas sob risco. Não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados
<i>“Quem quer se matar não avisa.”</i>	Pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam haviam comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.
<i>“O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem)”.</i>	O que dirige a ação autoinfligida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem.
<i>“No lugar dele, eu também me mataria.”</i>	Há sempre o risco de o profissional identificar-se profundamente com aspectos de desamparo, depressão e desesperança de seus pacientes, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial. Há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para decidir as ações que fará ou deixará de fazer.

Fonte: WERLANG, B.G.; BOTEGA, N. J. (2004) Apud BRASIL (2012 b p. 54).

6.5.5 A abordagem a Situações de Risco para Violência Autoprovocada

A. Acolhimento: O objetivo é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, pelo desespero e pela perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor. Alguns passos podem se fazer necessários como:

1. Encontrar um lugar adequado, onde uma conversa tranqüila possa ser mantida com privacidade razoável;
2. Reservar o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixar de se achar um fardo. É preciso também estar disponível emocionalmente para lhes dar atenção;
3. A tarefa mais importante é ouvi-las efetivamente. Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.

B. Abordagem Inicial: Algumas frases podem contribuir para introduzir o tema e abrir espaço para as pessoas falarem de si mesmas e de como estão lidando com as dificuldades. como: *“Como você se sente ultimamente?”* *“Existem muitos problemas na sua vida?”* *“O que tem tentado fazer para resolvê-los?”* A partir daí, se a pessoa demonstra estar cansada de viver, parece estar querendo fugir, acha a morte atraente, ou quando a equipe de saúde suspeita que exista a possibilidade de um comportamento suicida, os seguintes aspectos necessitam ser avaliados: o estado mental, o plano suicida atual, o sistema de apoio social.

C. Verificar o Estado mental: a verificação do estado mental exige algumas considerações como:

- A pessoa parece estar sob efeito de alguma substância?
- Apresenta discurso coerente, porém com pensamentos sobre morte e suicídio?
- Avalie o sentimento de tristeza:
 - *Você se sente triste?*
 - *Você sente que ninguém se preocupa com você?*
 - *Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida?*
 - *Já pensou que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer?*

D. Avaliar o plano suicida atual- (plano, meios, data): as questões abaixo precisam ser perguntadas com cuidado, preocupação e compaixão. O objetivo é verificar se a pessoa tem algum plano atual para o suicídio.

- ***Você tem plano para acabar com sua vida?***
- ***Tem idéia como fazê-lo?***
- ***Tem pílula, arma, inseticida ou outros meios?***
- ***Você decidiu para quando?***

E. O sistema de apoio social: a verificação da rede de apoio social pode se dar de diversas formas entre eles através do uso do ecomapa.

Um Instrumento de avaliação familiar bastante útil no mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade, pois busca fazer a conexão das circunstâncias ao meio ambiente e auxilia na identificação dos padrões organizacionais familiares.

Ao representar as interações entre os membros da família, os significantes da pessoa e os recursos comunitários que a circundam, fornecem uma visão ampliada da rede de apoio social. Todavia, necessita de atualizações na medida em que ocorrem modificações no contexto familiar, sejam elas de caráter social, cultural ou econômico.

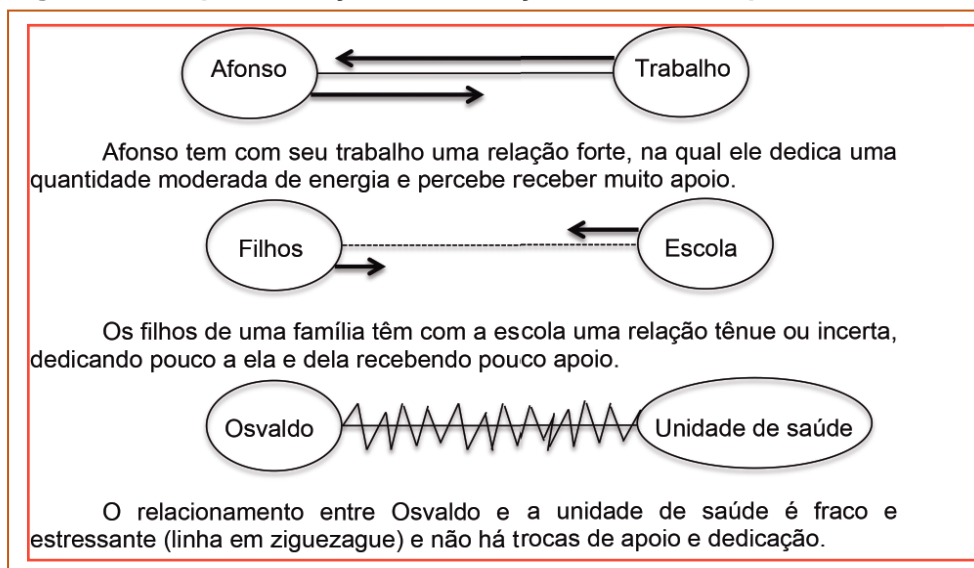
Algumas áreas a serem representadas no ecomapa:

- Serviços de saúde;
- Grupos de convívio social (igreja; associação de pais; grupos de convívio etc.);
- Escola e serviços de educação;
- Relações pessoais significativas (amigos, vizinhos, família mais afastada etc.);
- Trabalho;
- Vizinhança (área física onde a casa está instalada);
- Outras (específicas da família e do território).

No ecomapa, os membros da família são representados no centro do círculo. Já a rede social da família aparece em círculos externos.

As ligações entre os diferentes círculos são desenhadas por linhas e setas, permitindo avaliar a força e a qualidade das relações e se são de suporte ou não, em relação à família. As linhas indicam o tipo de conexão: as contínuas representam ligações fortes; as pontilhadas ligações frágeis; as tortuosas demonstram aspectos estressantes. E as setas significam energia e fluxo de recursos (BRASIL, 2006 P.57).

Figura 3 - Representação das relações no ecomapa:



Fonte: CHIAVERINI et al., 2011, p. 45. Apud BRASIL, 2014b p.78

Durante a construção do ecomapa, o profissional deve coletar dados com o próprio paciente, familiares e membros da equipe de saúde, em especial, com o agente comunitário de saúde (ACS).

Muitas vezes, não é possível captar a complexidade das relações de uma família a partir de um único relato ou sob a perspectiva de um indivíduo isoladamente. Nesse sentido, a discussão prévia do caso entre os profissionais inclusive NASF e ESF com dados provenientes do prontuário auxiliam bastante na “filtragem” das informações obtidas.

6.5.6 Classificação e Manejo de Situações que Envolvam Intenção Suicida

Embora o ideal seria ter alguém na equipe treinado para orientar o indivíduo a falar sobre as circunstâncias pessoais e sociais emergentes que o colocam sob risco de suicídio, qualquer profissional de saúde pode se deparar com o atendimento a esta pessoa sendo necessário uma tomada de decisão.

Quadro 39- Classificação e manejo de situações que envolvam intenção suicida

Risco	Características	Ação
Baixo	<p>Pensamentos como:</p> <p><i>“eu não consigo continuar”,</i></p> <p><i>“eu gostaria de estar morto”, mas não fez planos do ato.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer Apoio emocional; • Trabalhar sentimentos suicidas: Quanto mais abertamente a pessoa fala sobre perda, isolamento e desvalorização, menos confusas suas emoções se tornam. Quando essa confusão emocional cede, a pessoa pode se tornar reflexiva. Esse processo de reflexão é crucial, ninguém senão o próprio indivíduo pode revogar a decisão de morrer e tomar a decisão de viver; • Identificar situações resolvidas pela pessoa sem recorrer ao suicídio; • Focalize nos aspectos positivos da pessoa, fazendo-a falar sobre como problemas anteriores foram resolvidos sem recorrer ao suicídio. É uma forma de motivá-la e ao mesmo tempo recuperar a confiança em si mesma; • Pelo menos até que ela receba tratamento adequado, encontre-a em intervalos regulares e mantenha contato externo; • Se você não conseguir identificar uma condição tratável e/ou a pessoa não demonstrar melhora, não conseguir refletir sobre sua condição, encaminhe-a para um profissional de saúde mental, como por exemplo os psicólogos do NASF; <p>OBS: Nem todos os pacientes com pensamentos suicidas serão encaminhados aos serviços especializados, portanto esses pacientes com baixo risco não deverão ser a maioria nesses serviços.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estes usuários podem ser muito beneficiados com a participação no grupo da terapia comunitária.
Médio	<p>Pensamentos e planos, mas não para execução imediata.</p>	<p>Ações, as mesmas do item anterior além de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabalhe a ambivalência (entre o viver e o morrer); • Explore alternativas ao suicídio; • Faça um contrato de não cometer o ato sem que se comunique com a equipe. • Agende imediatamente consulta com psiquiatra e psicólogo.
Alto	<p>Plano definido, meios para fazê-lo e imediatamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca deixar a pessoa sozinha; • Gentilmente tente remover as pílulas, faca, arma, enfim, os meios que possam contribuir para o intento; <p>Contate com profissional de saúde mental ou médico e providencie ambulância e hospitalização.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reafirmar apoio. • Se você esgotou todas as tentativas de convencimento do paciente para uma internação voluntária e percebe um risco de suicídio iminente, peça ajuda da família pois uma internação involuntária poderá ser necessária.

Fonte: (BRASIL, 2006 b p.57, adaptado).

6.5.7 Ações Gerais dos Profissionais em Casos de Tentativa e/ou Ideação Suicida

Abaixo algumas das ações que o profissional de saúde deve ou não ter diante de uma pessoa com ideação suicida.

Quadro 40 - Resumo das ações em caso de tentativa e/ou ideação suicida

O que fazer	O que não fazer?
<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir, mostrar empatia, e ficar calmo; • Ser afetuoso e dar apoio; • Levar a situação a sério e verificar o grau de risco; • Perguntar sobre tentativas anteriores; • Explorar as outras saídas, além do suicídio; • Perguntar sobre o plano de suicídio; • Ganhar tempo – faça um contrato; • Identificar outras formas de dar apoio emocional; • Remover os meios pelos quais a pessoa possa se matar; • Tomar atitudes, conseguir ajuda; • Se o risco é grande, ficar com a pessoa; • Realizar acolhimento; • Preencher a Ficha Epidemiológica de <u>Violência Doméstica e/ou outras violências</u> no momento ZERO, ou seja, assim que for detectada a violência. Não é necessário assinar, porém, todos os campos devem ser preenchidos. • Realizar a anamnese; • Prestar a assistência cabível; • Encaminhar a criança/adolescente para acompanhamento psicossocial no CREAS III; • Encaminhar o adulto e o idoso para acompanhamento psiquiátrico ambulatorial nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS com referência para transtorno mental; • Acionar outros recursos sociais (ver item 5.5.8) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ignorar a situação ou dizer que você está ocupado; • Interromper muito frequentemente; • Ficar chocado, muito emocionado ou em pânico; • Fazer perguntas indiscretas; • Emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar; • Tentar se livrar do problema acionando outro serviço e considerar-se livre de qualquer ação; • Falar que tudo vai ficar bem, sem agir para que isso aconteça; • Desafiar a pessoa a continuar em frente; • Fazer o problema parecer trivial; • Dar falsas garantias; • Jurar segredo; • Deixar a pessoa sozinha.

Fonte: (BRASIL, 2006b p.57-71, adaptado).

6.5.8 Cuidados no Encaminhamento para Equipe de Saúde Mental

- Você deve ter tempo para explicar à pessoa a razão do encaminhamento.
- Marcar a consulta médica.
- Esclareça à pessoa de que o encaminhamento não significa que o profissional da saúde está lavando as mãos em relação ao problema.
- Agende retorno com a pessoa depois da consulta.
- Tente obter uma contra-referência do atendimento.
- Mantenha contato periódico.

6.5.9 Recursos Diversos para o Cuidado a Pessoa em Risco de Tentativa e/ou Ideação Suicida

Verificar e acionar os recursos dos serviços de saúde, da comunidade ou familiares como: terapia comunitária, grupos de apoio como do Centro de Valorização da Vida (CVV), igrejas, pastorais, clérigos, família, amigos, companheiros/namorados etc.

- Tente conseguir permissão do paciente para recrutar quem possa ajudá-lo, em geral alguém de sua confiança, e depois entre em contato com essas pessoas.
- Mesmo que a permissão não seja dada, em uma situação de risco importante tente localizar alguém que seria particularmente compreensivo com o paciente. Procure, dentro do possível, preservar o sigilo do paciente.
- Fale com o paciente e explique que algumas vezes é mais fácil falar com um estranho do que com uma pessoa amada, para que ele ou ela não se sinta negligenciado ou ferido.
- Fale com as pessoas de apoio sem acusá-las ou fazê-las sentirem-se culpadas.
- Assegure novamente seu apoio nas ações que serão tomadas.
- Fique atento também às necessidades dos que se propuseram a ajudar.

A assistência prestada às pessoas que tentaram o suicídio é uma estratégia fundamental na prevenção da recorrência

7 REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

As redes de atenção são formadas por um complexo de serviços articulados, que realizam desde a atenção primária à saúde até os serviços mais especializados, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado em um dado espaço-população. Estas organizações que se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (BRASIL, 2009, MENDES, 2009).

“O conceito de rede se transformou em uma alternativa prática de organização, capaz de responder às demandas sociais no mundo contemporâneo” (MEIRELLES; SILVA, 2007, p. 141).

A violência, como um dos graves problemas de saúde, exige um trabalho em rede, de forma articulada, baseado na solidariedade e na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política, negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades, assim a construção de redes pressupõe que as decisões sejam adotadas de forma horizontal nos princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade.

Para que uma articulação em rede se fortaleça, é essencial que os distintos atores das organizações envolvidas se integrem não somente para trocar experiências, mas principalmente para enfrentar problemas concretos e comuns, cuja solução não está ao alcance de um isoladamente.

Desta forma deve-se buscar integração da assistência social, da educação e com os sistemas de justiça, segurança pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar e conselhos de direitos e a sociedade civil organizada existentes no território para fortalecer e/ou implementar a rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às Pessoas em situação de violência doméstica ou sexual e suas famílias.

7.1 Os Pontos de Atenção da Rede de Atendimento à Pessoa em Situação de Violência

7.1.1 Serviços da Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Constitui-se na porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se incluem os cuidados essenciais de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população.

7.1.1.1 Ambulatório de Referência para Violência Sexual:

Este serviço visa dar seguimento as medidas instituídas pelos serviços de pronto atendimento em caso de violência sexual. Mantendo o acompanhamento clínico por 6 meses ou mais conforme a necessidade.

7.1.1.2 Equipes da Estratégia Saúde da Família:

As equipes da atenção primária possuem espaço privilegiado para a identificação dos casos de violência pelo grande leque de ações e pelo envolvimento dos profissionais com as ações de saúde individual e coletiva desenvolvidas no território. Por estarem geograficamente muito próximos das famílias, os profissionais da atenção primária têm maior possibilidade de identificar sinais e sintomas de violências, realizar o acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificar os casos e encaminhar para rede de cuidados e de proteção social.

As equipes da atenção primária/saúde da família devem:

- Realizar o acolhimento;
- Ações educativas e preventivas sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Garantir acesso a exames complementares, fornecer medicamentos básicos; prestar o atendimento e orientar a pessoa, família ou cuidador a respeito da saúde sexual e reprodutiva das pessoas;
- Realizar o acompanhamento e a evolução de cada caso nas unidades de saúde, nos domicílios ou ainda mediante o encaminhamento para unidades de atenção especializada e acompanhamento do cuidado são atribuições das equipes, além de promoverem ações de prevenção da violência e de promoção da cultura de paz junto à família, na escola, na comunidade e em outros espaços sociais;

- Atuar de forma a constituir alianças e se tornar presente na vida cotidiana das famílias e das comunidades. Para isso apostamos entre outras ações na **Terapia comunitária** com atuação tanto no contexto escolar como nas UBS e em todo o território em que se fizer presente na atenção básica.

7.1.1.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Criados com o objetivo de ampliar a abrangência das ações de atenção primária, mediante a assessoria e apoio à Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e no processo de territorialização e regionalização. Dentre as atribuições dos NASF estão previstas as capacitações de profissionais da saúde, da assistência social, da educação e demais profissionais afins, bem como das famílias, em relação aos cuidados diferenciados para as pessoas em situação de violência. As equipes dos NASF têm também um papel matricial às equipes da ESF, dando apoio técnico e garantindo suporte aos profissionais de saúde (cuidado do cuidador). Destaca-se o papel do psicólogo e do assistente social dentro da equipe do Nasf no cuidado integral às pessoas e suas famílias em situação de violências.

7.1.2 Serviços de Atenção Especializada, Urgência e Emergência

Em geral, os serviços de saúde de atenção especializada para atendimento à pessoa em situação de violência estão vinculados a um estabelecimento de saúde, público ou conveniado com a rede SUS (Hospital, Maternidade, Unidade de Urgência e Emergência e os Centros de Aconselhamento e Testagem – CTA), podendo ainda ser prestado por Organização Não Governamental (ONG). Todos devem dispor de equipes multidisciplinares e sua composição varia de acordo com a capacidade instalada e o tipo de organização dos serviços.

Em situações em que esses serviços se constituem como porta de entrada ou primeiro contato, é de sua responsabilidade prestar a atenção integral conforme protocolos e fluxos estabelecidos, em linha de cuidado, nas dimensões do: acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social constituídos no território.

7.1.2.1 As Unidades de Pronto Atendimento

Os Pronto Atendimento Médico adulto (PAM) e Infantil (PAI) e as UPAs 24h – são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, em conjunto com estas compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

7.1.2.2 Serviço Móvel de Urgência – Samu -192

O SAMU organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação. Esses serviços integram a rede de atenção especializada no território para os casos de violência de maior gravidade, a exemplo de tentativas de suicídio, agressão física e violência sexual.

7.1.3 Serviços de Saúde Mental

O suporte no âmbito da saúde mental às pessoas e suas famílias em situação de violência pode ser um importante fator de cuidado e proteção, tanto no que diz respeito ao fortalecimento dos indivíduos e dos grupos familiares para o rompimento da cadeia da violência quanto para o acompanhamento de possíveis sequelas psíquicas e emocionais resultantes das situações a que estão expostas. Sabemos que muitos fatores psicossociais estão presentes e compõem os diferentes tipos de violência, seja pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, seja pela presença de algum tipo de transtorno mental, como a depressão (que pode ocasionar situações de negligência e abandono), seja pelos contextos de vulnerabilidade a que os grupos familiares estão submetidos. Nesse aspecto, é possível que a atenção à saúde mental deva se dar não somente às pessoas que sofreram algum tipo de violência, mas também aos seus agressores.

A rede de atenção psicossocial é constituída por diversos dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial, segundo critérios populacionais e demandas locais dos municípios, entre outros. Para o atendimento de pessoas e suas famílias em situação de violência, bem como os/as autores de agressão destacam-se:

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

São serviços extra-hospitalares, de atenção diária, de base comunitária e que possuem equipe multiprofissional. Os CAPS têm papel estratégico no que se refere à regulação da porta de entrada da rede assistencial de saúde mental e devem ser lugares de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais e/ou que apresentam problemas devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, promovendo a inserção social de seus usuários por meio de ações intersetoriais e oferecendo atenção à saúde mental na rede básica de saúde.

7.1.3.1 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i)

É um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves, usuários de álcool e outras drogas e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Os CAPS E CAPSi acompanham indiretamente casos de violência, quando esta situação é subjacente, e não o motivo que desencadeou o atendimento; e devem ser articulados com os serviços da APS e os serviços de referência para violências. A inexistência desses serviços requer a pactuação dos gestores com os serviços especializados de outros municípios vizinhos.

7.1.3.2 Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD)

Deve oferecer atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitam ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento.

7.1.3.3 Saúde Mental na Atenção Básica

O trabalho integrado entre as ESF e Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades.

Também propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais. O trabalho junto à atenção primária pode se dar de duas maneiras: apoio matricial às ESF por intermédio de uma equipe mínima de Saúde Mental ou apoio pelos profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

7.1.4 Serviços Estratégicos de Apoio à Gestão

Dentre os serviços estratégicos de apoio à gestão, destacam-se os:

- Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde: estes núcleos têm como objetivos principais:

a) articular a gestão e as ações de prevenção de violências e promoção da saúde e cultura de paz, mediante a definição de estratégias e intervenções intersetoriais;

b) implantar e implementar o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), visando promover a qualidade da informação para o planejamento de ações de enfrentamento da violência com as demais áreas do setor saúde (criança, adolescente, mulher, saúde mental, urgência/emergências, etc.) e com os demais setores e instituições de promoção de direitos, proteção e defesa;

c) qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; e

d) capacitar os profissionais, movimentos sociais e conselhos de direito, dentre outros, para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os pólos de educação permanente.

7.1.5 Rede intersetorial

Além dos serviços de saúde, existem outros serviços no território que atendem à pessoas em situação de violência que devem estabelecer um fluxo referenciado, dialógico e permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município e, na ausência desses, recomenda-se buscar interlocução com serviços de municípios vizinhos para fazer parte da rede de cuidados e de proteção social. No espaço do território o Sistema Único de Saúde (SUS) dialoga com os sistemas de proteção social, justiça e direitos humanos, segurança pública, entre outras políticas, a fim de planejarem, conjuntamente, as ações que melhor atendem as necessidades desse público. A seguir destacam-se alguns dos equipamentos que compõem a rede intersetorial no território que atende crianças e adolescentes.

7.1.6 Sistema Único da Assistência Social (SUAS)

O SUAS integra uma política pactuada nacionalmente, que prevê uma organização participativa e descentralizada da assistência social, com ações e serviços voltados

para o fortalecimento da família. Entre eles, dois são fundamentais para o cuidado e a proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:

7.1.6.1 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)

É uma unidade pública da política de assistência social, de base municipal, integrante do SUS, localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. Destina-se à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção básica às famílias e aos indivíduos, e à articulação desses serviços no seu território de abrangência à ação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social. Algumas ações da proteção social básica devem ser desenvolvidas necessariamente nos CRAS, como o Programa de Atenção Integral as Famílias (PAIF), entre outras ações.

7.1.6.2 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)

Constitui-se numa unidade pública e estatal onde se ofertam serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos nas diversas situações de violação de direitos. Como unidade de referência, deve promover a integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar ações para os (as) usuários(as). O CREAS deve articular os serviços de média complexidade e operar a referência e a contrarreferência com a rede de serviços socioassistenciais da proteção social básica e especial, com as demais políticas públicas setoriais e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

7.1.7 Sistema de Justiça e de Direitos Humanos

Em alguns municípios como Londrina existem as delegacias Especializadas para apurar crimes contra crianças e adolescentes, bem como Varas da Infância e da Juventude que atuam na proteção e defesa dos direitos de crianças, adolescentes e suas famílias, ou mesmo de delegacia da mulher.

Além disso, o Conselho Tutelar (CT) “é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade para zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (art. 131) e tem como atribuições, entre outras, requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e emprego, exercendo função importante na interlocução com a autoridade judiciária para o efetivo cumprimento destes direitos (arts. 98, 101, 131 e 136, ECA/90).

7.1.8 Sistemas de Ensino

O sistema de ensino é formado pela rede de educação federal, estadual, distrital e municipal complementada pelo sistema privado. São equipamentos desse sistema os Centros de Educação Infantil (creches e pré-escola), Escolas de Ensino Fundamental e Médio e Instituições de Ensino Superior.

Na Rede de Cuidados e de Proteção Social, a comunidade escolar é, sobretudo, um espaço de prevenção e de promoção da cultura de paz. Vem sendo chamada, também, a contribuir com a identificação, a notificação e o encaminhamento de casos de violação de direitos de crianças e adolescentes, em cumprimento ao que determina o ECA (art. 13, 56 e 245) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº 9.394/96, que estabelece: “O currículo do ensino fundamental incluirá, obrigatoriamente, conteúdo que trate dos direitos das crianças e dos adolescentes, observada a produção e distribuição de material didático adequado”.

7.1.9 Sistema Único de Segurança Pública (SUSP)

O SUSP foi criado para articular as ações federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal na área da segurança pública e da justiça criminal, de forma a integrá-los na prática, sem interferir na autonomia dos órgãos de segurança no âmbito local. Os estados podem participar do SUSP por meio da assinatura de um protocolo de intenções entre governo do Estado e Ministério da Justiça. São alguns dos órgãos que compõem este sistema no território: Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher, Delegacias de Polícia Civil e Militares, Postos da Polícia Rodoviária Federal, Guardas Municipais, Instituto Médico Legal (IML).

7.1.10 Sociedade Civil Organizada

A sociedade civil também deve compor a rede intersetorial. Essa participação se dá por meio dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, conselhos dos direitos das mulheres entre. Os conselhos são órgãos paritários com representação do governo e da sociedade civil organizada e desempenham papel importante no processo de formulação, deliberação, acompanhamento e avaliação de políticas voltadas para esse público. As representações são de vários seguimentos da sociedade: ONGs, Comissão de Direitos Humanos, centros de ensino e pesquisa, instituições religiosas, lideranças comunitárias, associação de moradores, pastoral da criança, entre outras.

7.2 Articulação Entre as Redes Intrasetorial e Intersetorial de Cuidado e de Proteção Social

A estruturação da atenção integral à pessoa em situação de violência e suas famílias em rede é um passo importante para assegurar o cuidado e a proteção social desse público. Não se trata de um novo serviço, mas uma concepção de trabalho que requer a articulação intrasetorial e intersetorial de forma a integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito local.

O processo de estruturação dessa rede no município deve considerar as características dos serviços ofertados no território e as especificidades das políticas sociais (saúde, educação, assistência entres outras).

Nesse sentido, a partir do setor saúde, propõem-se alguns passos essenciais para a materialização da rede de cuidados e de proteção social (intra ou inter), cujos passos não necessariamente seguem uma hierarquia podendo acontecer de forma concomitante.

Abaixo dispomos um quadro com nome e endereços dos principais pontos de atenção para enfrentamento à violência no município de Londrina.

Quadro 41 - Pontos de atenção para enfrentamento à violência no município de Londrina.

Ambulatório ACOLHER- Ambulatório de Referência a Pessoa em Situação de Violência Sexual:

Acompanhamento clínico a pessoa vítima de violência sexual
Rua Valparaíso S/N – Parque Guanabara. Tel: 3379-0706

CAM - Centro de Referência e Atendimento à Mulher - atendimento multidisciplinar às mulheres em situação de violência

Avenida Carlos Gomes, 145 – Lago Parque
Tel: (43) 3341-0024 / 3341-2781 / 3341-9046

CAPS-ad: CAPS Álcool e Drogas- Atendimento as pessoas em dependência de álcool e drogas.

Endereço: Rua Otaviano Félix, 65 – próximo da Barragem do Igapó.
Atendimento de 2ª a 5ª Feira, das 8:30 às 11:30 e das 13:30 às 16:00. 6ª. Feira das 8:30 às 11:30.
Tel: (43) 3379-0877.

CAPS III- Atendimento a pessoas com transtorno mental grave.

Endereço: Rua Alba Bertoleti Clivati, 186
Jardim Alto da Boa Vista
Horário de Funcionamento: 24h.
Tel: (43) 3378-0121
Linha de ônibus: 501 via Alto da Boa Vista

CAPS i: Atendimento às crianças e adolescentes portadores de sofrimento mental moderado ou grave.

Endereço: Rua Joá, 46 – Vila Nova.
Triagem toda terça-feira de manhã (das 8:00 às 12:00).
Levar xerox de um documento da criança ou adolescente.
Tel: (43) 3379-0739.

Central de Atendimento à Mulher - Atendimento 24 horas

Tel: 180

Centro de Referência Especializada de Assistência Social - CREAS III – Atendimento a criança e adolescente vítima de abuso sexual

Endereço: Centro de Proteção à Criança e Adolescente - Avenida Rio de Janeiro, 1.288, esquina com a Avenida Juscelino Kubitschek.

Tel: (43) 3378-0563

Conselhos Tutelares**C.T. Norte:** (43) 3378-0375**C.T. Centro:** (43) 3378-0374**C.T. Sul:** (43) 3378-0397**Plantão:** 125**Disque Denúncia:**

Polícia Militar 181

Polícia Civil 197

Delegacia da Mulher

Rua Marcílio Dias, 232, na proximidades do Centro Cívico.

Tel: (43) 3322-1633

IML – Instituto Medico Legal

Rua Araçatuba, 77 - Parque Alvorada

Tel: (43) 3357-0404

Plantão da Polícia Militar

Tel: 190

Programa Rosa Viva - Atendimento a mulheres em casos de violência sexual**Local:** Av. Jacob Bartolomeu Minatti, 350

(Av. Leste-oeste) – Centro

Londrina – Pr

Tel: 3372-9850

Promotoria Pública**Local:** Av. Duque de Caxias, 526, Londrina - PR, 86015-000

Tel : (43) 3341-7116 ; (43) 3339-7849

NUMAPE- Nucleo Maria da Penha**Local:** Rua Brasil, 742 – Centro – Londrina (PR).**Atendimento:** de segunda a sexta-feira, das 9h às 11h e das 14h às 16h30.**Informações:** (43) 3344-0927.**Secretaria do Idoso/ Gerência de Atenção à Pessoa Idosa****Local:** Av. Duque de Caxias, 635 – Térreo

Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 12 às 18 horas

Dúvidas, denúncias e esclarecimentos:

Tel: (43) 3372-4503 ou 3372-4187

E-mail: idoso.especial@londrina.pr.gov.br

6ª Vara Criminal- Juizado Especializado em Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e de Crimes contra Crianças e Adolescentes – Vara Maria da Penha

Fórum Desembargador Pacheco Rocha

Local: Av. Duque de Caxias, 689- 3º andar, prédio anexo**Tel:** 3372-3065**Hospital HU- Serviço de atenção terciária, exclusivamente conveniada ao sistema único de saúde - SUS. Atende a população regional, referenciada pelo complexo regulador e classificação de risco.****Local:** Av. Robert Koch, 60 Vila Operária CEP: 86038-440 Londrina - PR**Tel:** (43) 3371-2000.

Hospital Evangélico- Serviço de atenção terciária, privado de cunho filantrópico e conveniada ao sistema único de saúde - SUS. Atende a população regional, referenciada pelo complexo regulador.
Local: Av. Bandeirantes, 618 - Londrina - PR, 86015-900
Tel: (43) 3378-1000

Hospital Santa Casa- Serviço de atenção terciária, privado de cunho filantrópico e conveniada ao sistema único de saúde - SUS. Atende a população regional, referenciada pelo complexo regulador.
Local: R. Espírito Santo, 523, Centro, Londrina - PR, 86010-510
Tel: (43) 3373-1500

Hospital Infantil - Serviço de atenção terciária, privado de cunho filantrópico e conveniada ao sistema único de saúde - SUS. Atende a população regional, referenciada pelo complexo regulador.
Local: Av. Juscelino Kubitschek, 2615, Londrina - PR
Tel: (43) 3373-1900

Hospital do Coração- Serviço de atenção terciário, privado, atende a conveniados de planos de saúde suplementar.
Local: Rua Paes Leme, 1351 - Londrina - PR, 86010-610
Tel: (43) 3315-2000

Hospital Mater Dei - Serviço de atenção secundário, privado, atende a conveniados de planos de saúde suplementar.
Local: R. Senador Souza Naves, 1681, Londrina - PR, 86015-430
Tel: (43) 3373-1300

Hospital Zona Norte- Serviço de atenção secundária, exclusivamente conveniada ao sistema único de saúde - SUS. Atende a população regional por classificação de risco.
Local: R. Cegonha, 200 - Cj Violim, Londrina - PR, 86084-635
Tel: 43) 3336-1484

Hospital Zona Sul- Serviço de atenção secundária, exclusivamente conveniada ao sistema único de saúde - SUS. Atende a população regional por classificação de risco.
Local: R Orquídeas, 75 Parque Ouro Branco - Londrina - PR
Tel: (43) 3341-8206

PAI - Pronto Atendimento Infantil- Serviço de atenção secundária de pronto-atendimento, exclusivamente conveniada ao sistema único de saúde - SUS. Atende a população de Londrina por classificação de risco.
Local: Rua Benjamin Constant, 500 Londrina, 86010-350
Tel: (43) 3336-0202

UPA - Unidade de Pronto Atendimento Serviço de pronto-atendimento, exclusivamente conveniada ao sistema único de saúde - SUS. Atende a população de Londrina por classificação de risco.
Local: Rua Abilio Benatti, 4000
Tel: 3372-4935

UPA - Unidade de Pronto Atendimento- Serviço de pronto-atendimento, exclusivamente conveniada ao sistema único de saúde - SUS. Atende a população de Londrina por classificação de risco.
Local: Av. Arthur Thomas, 2390
Tel: 3372-3914

1ª. Vara da Infância e JuventudeLocal: Avenida Duque de Caxias, 689
Tel: 3372-3211/ 3372-3195 (Assistente Social)

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que não seja possível responder a todas as demandas de um indivíduo, o conceito de integralidade permite pensar e enxergá-lo na sua totalidade. É nessa perspectiva que o setor saúde busca intervir em situações específicas de vulnerabilidades e de risco para a saúde da população, criando as condições para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2010). Desta forma, a atenção integral extrapola ainda a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada dos serviços de saúde, que requer o trabalho articulado com outras políticas sociais no território.

As orientações apresentadas nesta publicação sobre prevenção e promoção da saúde, bem como acolhimento, atendimento e tratamento às pessoas e suas famílias que vivenciam situações de violência, estão organizadas de forma pedagógica. Os conceitos de violência e suas formas de manifestação buscam realçar os aspectos e as relações entre seus diferentes tipos e naturezas, de maneira a despertar a atenção dos profissionais para a identificação e a compreensão mais aprofundada do cuidado em quatro dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social.

Assim, a proposta deste documento é uma estratégia pedagógica para orientar os profissionais e gestores da saúde.

Para tanto, é necessário o conhecimento do território e, sobretudo, a maneira de levar a vida dos usuários no contexto em que se inserem. Pressupõe também a análise e o ordenamento dos recursos existentes e necessários para garantir, nos territórios, serviços que promovam saúde e previnam violência, articulando-se na afirmação da vida (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2006 apud BRASIL, 2010 A p.89).

Entretanto, entende-se que no município de Londrina embora existam pontos de atenção de excelência ainda temos muito o que caminhar em busca da formação de uma rede coesa e integralizada formadas pelos serviços de cuidado e proteção social, articulados por políticas sociais básicas de saúde, educação, assistência social e de direitos humanos, sistemas de justiça e de segurança pública.

Além disso, é necessária a aplicação dos fluxos aqui estabelecidos, adequação da área física de muitos serviços, mudanças de processos de trabalhos e até compatibilização entre a oferta e a demanda dos serviços, além da capacitação dos profissionais.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas : hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero** / Janaína Marques de Aguiar. -- São Paulo, 2010
 2. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de atendimento Criança e adolescente Vítimas de Violência Doméstica, sexual e outras Violências na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte. 2013. 25 p.
 3. BOTEGA, N.; et.al. **Prevenção do suicídio**. Rev. Psiquiatria Hoje. Associação Brasileira de Psiquiatria. Ano 2 n.1 jan/fev.2010 p.10-19
 4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica** . Brasília: 2004 30p.
 5. BRASIL. **Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 20 p
 6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica. 2ª ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 68 p.
 7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília : Ministério da Saúde, 2005c. 52 p.
 8. BRASIL. **Lei Maria da Penha**: Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, 2006. 34 p.
 9. BRASIL. Ministério da Saúde . **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: [s.n.], 2006b. 76p.
 10. BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60 p. p.40-59.
 11. BRASIL. Acolhimento: postura e prática para um SUS humanizado. In: **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. – Brasília: 2009a. p.7-8.
 12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para Terapia Antiretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. 200 p.
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. **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**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010a. 104 p.
 14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. 300 p.
- BRASIL. **Lei Nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que estabelece a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde**. Brasília, 2011a.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva : instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011b.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual** : perguntas e respostas para profissionais de Saúde. Brasília : 2011c. 50p.
17. BRASIL. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica. 3ª ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 126 pg.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção Pelo HIV em Adultos**. Brasília: 2013. 217p.
19. BRASIL. Recomendação para Profilaxia pós Exposição ao HIV e outras DST. In: **Recomendação para Terapia Antiretroviral em Crianças e Adolescentes infectados pelo HIV**- Versão Preliminar. 2013b p.159
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília: 2014a. 238p.
21. BRASIL. **Ministério da Saúde. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.116 p.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014c. p.761-772.
23. Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a. 54 p.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2015b. 124 p.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** 2. ed. Brasília : 2016. 92 p.
26. BRASÍLIA. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**/ Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009. 68p.
27. BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano**. 12.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
28. BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.L.; DOCHTERMAN, J.M. As Classificações. In: **Classificação das Intervenções de Enfermagem(NIC)**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010 p.95-104.
29. CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria da Mulher. Iluminar Campinas - **Cuidando das Vítimas de Violência Sexual** [texto na Internet].

30. CASTIEL, LD. **Vivendo entre exposições e agravos**: a teoria da relatividade do risco [Internet] Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos. 1996;3(2).
31. CAVALCANTI, L; ADO, D; APARECIDA, E. **Educação positiva dos seus filhos** : projeto parceria – módulo 2 — 2008. 51 p.
32. FMUSP - FACULDADE DE MEDICINA USP. **O que os profissionais de saúde devem saber os para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica**. 2003 Cartilha.
33. HIGA, R.et. al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** vol.42 no.2 São Paulo June 2008.
34. KRUG, E. G. *et al.* (Ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde.2002 Apud. Brasil. Ministério da Saúde. 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.Brasília : Ministério da Saúde, 2010.104, p.
35. LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Manual de Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas Unidades Saúde da Família de Londrina -PR**. Londrina, 2011. 45 p.
36. LONDRINA. Prefeitura do Município.**Imunização: protocolo**. 5. ed.-- Londrina, Pr. 2007. 96 p.
37. LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Protocolo de planejamento familiar**. Londrina, 2006. 96 p.
38. MERHY, E.E.Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p.71-113.
39. MICHAELIS. In: **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**.
40. MOTTA, M.A. P. **Mães abandonadas**: a entrega de um filho em adoção. São Paulo: Ed. Cortez, 2001.
41. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. 2005
42. PEREIRA, M.A.E. **Protegendo as Mulheres da Violência Doméstica**. In: Seminário de Capacitação para juízes, procuradores, promotores, advogados e delegados no Brasil. 3ª.ed.2006, Brasília D.F, 2006. p.4-80.
43. RIO DE JANEIRO. **Cartilha Protegendo Nossas Crianças e Adolescentes**.
44. SARTI, C.A; BARBOSA, R.M.; SUAREZ, M.M. **Violência e gênero: vítimas demarcadas**. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, 2006.
45. SÃO PAULO. **Recomendações para Abordagem da Exposição Sexual Ao HIV**:
46. SOUZA E. R. de. **Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, 10 (1): 59-70, 2005. Apud Brasil Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p.22-23.

47. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Guia de atendimento Criança e adolescentes Vítimas de Violência doméstica, sexual e outras Violências na atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte:2013.

48. SCHLITTLER, A.C.B; CERON, M.; GONÇALVES, D.A. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial .**

49. TACHIBANA , M. et al. **Hiperemese gravídica:** estudo de caso dos aspectos psicológicos presentes na gestante. *Psicol. hosp. (São Paulo)* [online]. 2006, vol.4, n.

50. VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010.

51. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS. **Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência- uma abordagem interdisciplinar na Saúde.**

52. WILTON, J. Putting a number on it: The risk from an exposure to HIV. *Prevention in foco.* 2012.

10 Apêndice

APÊNDICE A-REGISTRO DE ATENDIMENTO CLÍNICO A PESSOA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA FÍSICA E/OU SEXUAL



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

Serviço de atendimento: _____

1-Dados de Identificação:

Nome _____ D/N: _____ ID/ Registro

_____ Endereço:

_____ Nº _____

Bairro _____ Raça/cor: _____ 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena 9-
ignorado

Acompanhada por: _____ Grau de parentesco ou relação: _____

Data atendimento: _____ Horário: _____.

Procurou atendimento forma: () espontânea () encaminhado por órgãos ou serviço. Qual:

2-Anamnese:

2.1 Tipo de Violência Sofrida:

2.1.1 Violência física: () sim () não Local: _____

Dia: _____ Hora: _____ Nº de agressores: _____

Meios de agressão: () força corporal/espantamento () Objeto perfuro cortante Qual: _____

() substância quente () arma de fogo () enforcamento() Obj. contundente Qual: _____

Outros _____

2.1.1 Violência sexual: Houve contato direto com fluídos corporais do agressor?

Se não: () atentado violento ao pudor () pornografia infantil () assédio sexual () manipulação
de genitais ou partes íntimas () uso de instrumentos físicos

2.1.2 O agressor fez uso de preservativo?

Se sim: () contato anal

() contato oral com ejaculação

() contato oral sem ejaculação

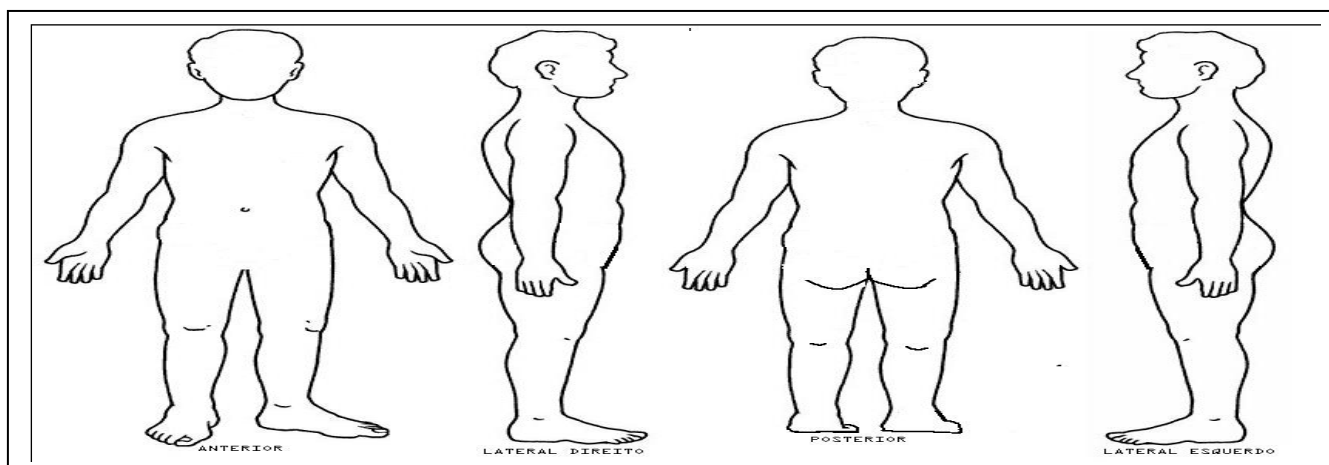
() contato vaginal

3-Exame físico Geral:

Peso: _____ PA: _____ FR: _____ T: _____

Descrever na figura os locais da agressão e Tipo

Natureza da lesão: 1. Contusão 2.corte/perfuração/laceração 3. Entorse/luxação 4.fratura 5. Amputação 6.traumatismo dentário 7. Traumatismo Crânio encefálico 8. Politraumatismo 9. Intoxicação 10. Queimaduras 11. Outros _____



Outros achados no Exame físico:

Exames / resultados:

() TIG/Beta HCG _____ () HIV _____ () VDRL _____
 () HBsAG _____ () Anti HBC IGM _____ () Anti HBC _____
 () Exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal () sim () não

4.CONDUTAS/ INTERVENÇÕES CASO DE VIOLÊNCAI SEXUAL

4.1 Quimioprofilaxia contra DSTs virais: () sim () não

Medicação Prescrita

4.2 Quimioprofilaxia contra DSTs não virais: () sim () não

Medicação Prescrita

4.3 Anticoncepção de emergência: () sim () não Medicação Prescrita

4.4 Imunoprofilaxia:

Vacina anti-hepatite B () sim () não Dose realizada () 1ª. () 2ª. () 3ª.

Vacina dT contra tétano () sim () não Dose realizada () 1ª. () 2ª. () 3ª () reforço

4.5 Outros Tratamentos Médicos

5. Encaminhamentos:

() Outros serviços

() Realizar Boletim de Ocorrência (B.O) Policial

() Encaminhar para exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal

() Comunicação ao Conselho Tutelar ou Secretaria do Idoso

() Outras medidas:

Assinatura/carimbo Médico(a)

Assinatura/carimbo Enfermeiro(a)

APÊNDICE B - ACONSELHAMENTO, À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Aconselhamento não é dar conselhos! É um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas (BRASIL, 2009).

No quadro abaixo dispomos os principais objetivos, Ações/Intervenções Aconselhador e temas abordados no aconselhamento a pessoa em situação de violência sexual

Quadro 1- Aconselhamento Pré Testagem em Situação de Violência Sexual

Objetivo	Ações/Intervenções Aconselhador	Temas abordados
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação dos riscos 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar brevemente sobre situações de risco para as infecções relacionadas às práticas sexuais e uso de drogas anterior a situação de violência; • Auxiliar o usuário a perceber melhor seus comportamentos e possibilidades de exposição ao HIV 	<ul style="list-style-type: none"> • Prática sexual anterior; • Identificar hábitos sobre uso de álcool e outras drogas lícitas ou ilícitas que podem alterar a percepção de risco e resultar no relaxamento do uso do preservativo e outras práticas seguras; • Consumo de drogas injetáveis • Uso de preservativos masculino ou feminino; • Compartilhamento de seringas e agulhas; • Estratégias para a redução de riscos, adoção de práticas mais seguras, promoção da saúde e qualidade de vida. • Avaliação dos recursos pessoais e sociais que auxiliem na adesão ao tratamento e na definição de um plano factível de redução de riscos, sempre baseado na realidade e nas possibilidades de cada usuário.
<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio educativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações; • Oferecer informações breves sobre DSTs pesquisadas (HIV, Sífilis, Hepatite B e C), Fazer esclarecimento de dúvidas; • Informar sobre os possíveis resultados dos exames iniciais • Explicar a importância do uso de preservativo, por seis meses, em razão do risco de transmissão de DST/HIV ; • Orientar sobre necessidade de acompanhamento ambulatorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Sigilo profissional mesmo diante da necessidade de notificação do caso; • HIV, Sífilis, Hepatite B e C: Formas de transmissão, prevenção e tratamento; realização dos exames; • Janela imunológica: "Período de 60 dias, após a última exposição ao risco, onde não é possível detectar o HIV no exame de sangue" (Brasil,2004 p.22). • Significado dos exames: Mesmo o resultados iniciais, quando negativos, não são definitivos devido à possibilidade de janela imunológica e não dispensam a realização de exames futuros nos períodos indicados (acompanhamento por seis meses, com retorno ambulatorial para coleta de novos exames).

<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar os possíveis impactos de um resultado positivo e identificar alternativas de apoio familiar e social. • Contribuir para um plano viável de redução de riscos que leve em conta as questões de gênero, vulnerabilidade, planejamento familiar, diversidade sexual e uso de drogas • Informar sobre a necessidade de o resultado ser comunicado ao(s) parceiro(s) sexual(is). 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto à necessidade de o(s) parceiro(s) sexual(is) realizarem teste anti-HIV (se for o caso); • Contribuir para um plano viável de redução de riscos que leve em conta as questões de gênero, vulnerabilidade, planejamento familiar, diversidade sexual e uso de drogas; • Verificar os Familiares ou pessoas de sua confiança que podem dar-lhe apoio; • Referenciar o usuário para os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio, enfatizando a importância de acompanhamento médico, psicossocial periódico, para a qualidade de vida
--	--	---

Fonte: A autora

Outros objetivos do aconselhamento em situação de violência sexual

• Objetivo	• Ações/Intervenções Aconselhador	• Temas abordados
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar risco de gestação não desejada 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar DUM; • Uso de métodos contraceptivo prévio • Orientar uso de método anticoncepcional (MAC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o método contraceptivo utilizado, e regularidade do uso • O uso do MAC deve ser prolongado por mais 6 meses até alta do ambulatório de referência.
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a adesão ao tratamento • (ARV) e acompanhamento ambulatorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre importância do uso das medicações como forma de evitar a transmissão de DSTs viral e não viral; • Manter a pessoa em atendimento bem informada e esclarecer dúvidas em toda consulta; • Sugerir busca por apoio social (família e/ou amigos); • Identificar as rotinas diárias a fim de melhor programar a adesão ao tratamento incluindo o uso das medicações prescritas. 	<ul style="list-style-type: none"> • O termo adesão deve ser observado dentro de um contexto em que a pessoa não apenas siga as orientações da equipe de saúde, mas entenda e concorde com a necessidade e os objetivos das mesmas e utilize os medicamentos prescritos (processo de responsabilidade compartilhada). • Mulheres em situação de violência sexual que estejam amamentando deverão ser orientadas a suspender o aleitamento durante a quimioprofilaxia antirretroviral, pela possibilidade de exposição da criança aos antirretrovirais (passagem pelo leite materno) e também para evitar o risco de transmissão vertical. • Levando em consideração a possibilidade de uma infecção, deve ser reforçada a necessidade do uso do preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. • Identificar as rotinas diárias e, se possível, coincidir a administração dos medicamentos com atividades rotineiras (atentar para os horários de atividades profissionais). • Sugerir uso de despertadores convencional ou de celular para avisar o horário de tomada os medicamentos.

		<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar junto com a vítima de violência sexual, ou responsável, no caso de crianças, uma escala diária dos medicamentos, definindo horários ou atividades relacionadas com as tomadas. • Planejar cuidados e modificações na escala das tomadas em casos de viagens, mesmo que de curta duração.
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto às principais causas de abandono do uso de ARV : • Fazer esclarecimento precoce dos possíveis reações adversas mais comuns relacionados ao esquema prescrito, bem como formas de minimizá-los. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre Interações Medicamentosas, 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que embora sejam necessários alguns medicamentos podem interagir com outros resultando em efeitos indesejáveis como exemplo o uso de metronidazol com ritonavir que possui uma solução alcoólica que pode resultar em “efeito antabuse” (hipersensibilidade ao álcool que ocorre como uma reação adversa a medicação específica, resultando em depressão respiratória, arritmias cardíacas e convulsões, o que pode levar ao óbito); • Medicamentos psicotrópicos como hipnóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes, muitas vezes indicados para a vítima possuem potencial interação com ARV e devem ser avaliados quanto ao custo benefício de tal indicação Ver anexo H
<ul style="list-style-type: none"> • Reações Adversas dos quimioprolifáticos; • Interações Medicamentosas; • 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar meios para minimizar náuseas ou vômito. • Orientar hiper-hidratação oral e alimentação adequada para minimizar os efeitos colaterais dos ARV (nefropatia, anemia, hepatopatia). • Orientar a observação de sintomas e manifestações clínicas de infecções geniturinárias. • orientar para procurar atendimento caso surjam sintomas ou sinais clínicos de Reações Adversas não toleráveis ou acima do esperado (efeitos gastrintestinais, cefaléia e fadiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso medicamentos sintomáticos prescritos como: , estratégias para o melhor bem estar) durante a sua utilização. • É esperado efeitos gastrintestinais (diarréia ou obstipação), cefaléia e fadiga. Em geral auto-limitados; • As alterações laboratoriais são usualmente discretas, transitórias e pouco frequentes. • Na presença de intolerância medicamentosa, a paciente deve ser reavaliada para adequação do esquema terapêutico. • Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, podendo ser utilizados medicamentos sintomáticos, a exemplo dos antieméticos ou antidiarréicos. • Nessa reavaliação, esquemas alternativos de antirretrovirais podem, eventualmente, ser necessários na tentativa de se manter a profilaxia durante as quatro semanas.
<ul style="list-style-type: none"> • Intolerância e Toxicidade dos antiretrovirais 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar os sintomas de intolerância aos ARV prescritos (manifestações gastrintestinais, cutâneas e gerais). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nos casos de intolerância ao AZT: • O tenofovir é uma alternativa para compor o esquema com 3TC e um IP/r, porém sua utilização deve ser reservada para impossibilidade de indicação de timidínicos, devido à menor experiência de uso durante o primeiro trimestre gestacional;

	<ul style="list-style-type: none">• Em situações de intolerância ao LPV/r, o tenofovir deve ser considerado devido a sua maior comodidade posológica, perfil mais favorável em relação a efeitos adversos, o que contribui para sua adesão até a finalização da profilaxia no período recomendado.• Em pacientes em uso de AZT, a toxicidade hematológica é um dos principais efeitos adversos que resultam na modificação do tratamento. Recomenda-se evitar o uso de AZT em casos de anemia (Hb < 8,0) e/ ou neutropenia (neutrófilos < 500 células). O AZT deve ser substituído nos casos de anemia e/ou neutropenia, com tendência consistente de queda dos glóbulos vermelhos e/ou brancos.• A lipoatrofia, que consiste na perda de tecido adiposo na face, glúteos e membros, é um efeito adverso do AZT e principalmente da estavudina, que pode ocorrer com uso crônico, não sendo evidenciada com a utilização por período de tempo curto.• O lopinavir/r (LPV/r) é geralmente bem tolerado, porém pode determinar diarreia associada a perda de peso, náuseas e vômitos.
--	--

Fonte: BRASIL (2004 p.17 -25, adaptado).

11 Anexos

ANEXO A. COLETA DE MATERIAL PARA PROVA PERICIAL

Profissional responsável: O médico assistente ou perito IML conforme norma vingente.

Material:

- 1 a 2 cotonetes estéril (*swab*) ,cujo número irá depender se fonte oral, anal, vaginal ou todos;
- Papel filtro para acondicionamento
- Envelope

Procedimento:

- Obter o material para perícia por meio de *swab* estéril friccionado em conteúdo vaginal, oral ou anal.
- Realizar esfregaço do material biológico em duas lâminas de vidro, sem fixadores, devidamente identificadas;
- Colocar o *swab* acondicionado em papel filtro
- Colocar todo o material coletado (*swab* e lâminas) em envelope que deverá ser identificado com o nome, data da exposição, data da coleta, serviço coletador, e remetido ao serviço de referência para recebimento deste material.
- Manter envelope em ambiente climatizado até seu envio.

Observação: O material **não** deve ser colocado em sacos plásticos que mantenham a umidade, facilitando a proliferação bacteriana e conseqüente destruição do DNA. Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, por resultar na desnaturação do DNA.

ANEXO B- INTOLERÂNCIA AOS ANTIRRETROVIRAIS (ARV)

Na presença de intolerância medicamentosa, o paciente deve ser reavaliado no serviço. Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, podendo ser utilizados medicamentos sintomáticos, a exemplo dos antieméticos ou antidiarréicos. Nessa reavaliação, esquemas alternativos de antirretrovirais podem, eventualmente, ser necessários na tentativa de se manter a profilaxia durante as quatro semanas.

Nos casos de intolerância a zidovudina (AZT), a estavudina (d4T) é o ITRN alternativo para substituí-lo, sempre combinado com a lamivudina (3 TC). Caso exista intolerância ao Lopinavir /Ritonavir (LPV/r), para maiores de seis anos de idade deve ser indicado o Fosamprenavir com ritonavir (FPV/r). Já para os menores de seis anos de idade, o indicado é o Fosamprenavir simples (FPV) (sem booster de ritonavir).

Nestes casos essas crianças e adolescentes devem ter uma consulta assegurada com infectologista em ambulatório especializado para manejo e condução de acordo com o documento: Recomendações para terapia antirretroviral para crianças e adolescentes infectados pelo HIV 2009 ⁽¹³⁾.

ANEXO C- CLASSES DOS ARV E COMBINAÇÕES DE DROGAS ALTERNATIVAS PARA CRIANÇAS ATÉ 12 ANOS*

CLASSES DOS ARV	Mecanismo de ação	Esquemas Alternativos	
Inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRN)	atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria. Tornam essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza.	Zidovudina (AZT): 4 kg - <9 kg: 12 mg/kg 12/12h 9 kg - <30 kg: 9 mg/kg 12/12h ≥30 kg: 300mg 12/12h Lamivudina (3TC): Criança: 4mg/kg 12/12h (dose máx. 150mg 12/12h).	Tenofovir (TDF): Solução oral: 80/20mg 8mg/kg/dose, 1 vez ao dia. (max. 300m/dia) Lamivudina (3TC): Criança: 4mg/kg 12/12h (dose máx. 150mg 12/12h).
Inibidor da protease (IP) e adicionado de ritonavir (r) (IP/r)	Atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV.	Fosamprenavir/ 50mg/ml Ritonavir 80mg/ml A partir de 2 anos. • <11kg: FPV 45mg/kg + RTV 7 mg/kg 12/12h; • 11kg a <15kg: FPV 30mg/kg + RTV 3 mg/kg 12/12h • 15kg a <20kg: FPV 23mg/kg + RTV 3 mg/kg 12/12h • > 20kg: FPV 18mg/kg + RTV 3 mg/kg 12/12h	Lopinavir /Ritonavir (LPV/r) <1 ano: 300mg/75mg/m ² 12/12h. ≥1 ano: 230mg/57,5mg/m ² 12/12h >35kg: 400mg/100mg 12/12h (2 cps.12/12 hs)

*Crianças menores de 2 anos com intolerância devem ser encaminhados para infectologia pediátrica.

Fonte: Os colaboradores segundo BRASIL (2012 p;61; 2014a p.223;226).

ANEXO D- CLASSES DOS ARV E COMBINAÇÕES DE DROGAS ALTERNATIVAS PARA ADOLESCENTES MAIORES DE 12 ANOS, ADULTOS e GESTANTES

Quadro 1- Esquemas alternativos ARV em caso de contraindicações/ intolerância.

Esquemas alternativos	
TDF contra indicado	AZT/3TC (DFC*) + ATV/r
ATV /r contraindicado	TDF/3TC (DFC) + LPV/r
	AZT/3TC (DFC) + TDF
*DFC: Dose fixa combinada.	

Fonte: BRASIL, 2015 a p.28

Quadro 2- Apresentações de ARV alternativos em caso de contraindicações/ intolerância.

Esquemas alternativos		
Medicamento	Apresentação	Posologia
Zidovudina (AZT)/ Lamivudina (3TC)*	Comprimido de 300mg/150mg	1 comprimido VO 2 x ao dia
Tenofovir (TDF) / Lamivudina (3TC)*	Comprimido de 300mg/300mg	1 comprimido VO 1 x ao dia
Tenofovir (TDF)	Comprimido de 300mg	1 comprimido VO 1 x ao dia
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	Comprimido de 200mg/50mg	2 comprimidos VO 2 x ao dia
*Nota – AZT e 3TC estão disponíveis na apresentação de dose fixa combinada (DFC), sendo estas as apresentações preferenciais		

Fonte: BRASIL, 2015 a p.28

OBS: As prescrições dos antiretrovirais devem ser feitas, neste primeiro momento para o período de apenas 7 dias. **Na consulta com a equipe do Ambulatório de referência** será fornecida nova prescrição para a retirada do restante dos medicamentos para completar 28 dias de tratamento.



Prefeitura de
LONDRINA

