

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

**LINHA DE CUIDADO DE ATENÇÃO
INTEGRAL A SAÚDE DA PESSOA EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

- Versão para consulta pública -

Coordenação da Atenção Básica
Secretaria Municipal da Saúde
Prefeitura de São Paulo

São Paulo, 2015.

- 31 **Fernando Haddad**
32 Prefeito do Município de São Paulo
33
34 **Alexandre Padilha**
35 Secretário Municipal de Saúde
36
37 **Mariana Neubern de Souza Almeida**
38 Chefe de Gabinete
39
40 **Célia Cristina Bortoletto**
41 Secretária-adjunta
42
43 **Rejane Calixto Gonçalves**
44 Coordenadora da Atenção Básica
45
46 **Adalberto Alves Oliveira**
47 **Alexandre Nemes Filho**
48 **Claudia Maria Afonso de Castro**
49 **Clovis Silveira Junior**
50 **Karina Barros Calife Batista**
51 **Tania Zogbi Sahyon**
52 Coordenadores Regionais de Saude
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64

65

66 **Área Organizadora do Trabalho:**

67 Área Técnica de Atenção Integral a Saúde da Pessoa em Situação de Violência

68

69 Elaine Aparecida Lorenzato

70 Jonas Melman

71 Rodrigo Moreira de Sá

72

73 **Revisor Técnico do Documento**

74 Katia Cristina Bassichetto

75

76 **Equipe Técnica Responsável:**

77

78 Beatriz Yuko Kitagawa

79 Breno Souza de Aguiar

80 Carmem Helena Seoane Leal

81 Cassia Liberato Muniz Ribeiro

82 Claus Robert Zeefried

83 Debora Dalonso Gamboa Peres

84 Edna Maria Miello

85 Elaine Aparecida de Oliveira

86 Elaine Aparecida Lorenzato

87 Eliana Soares de Almeida Moura

88 Elisa Aparecida Gonçalves Moreira

89 Elizete Lara Otero

90 Heloisa Mara Trebbi Berton

91 Lucia Ferraz Correa

92 Lucimar Aparecida Françoso

93 Marcia Bocatto

94 Maria Cecilia Sanches

95 Maria Eugenia Mesquita

96 Maria Lucia Aparecida Scalco

97 Marli Soares

98 Roberto Aparecido Moreira

- 99 Rosa Marai Dias Nakazaki
- 100 Ruy Paulo D`Elia Nunes
- 101 Sheila Busato Sproesser
- 102 Solange Trombini Prieto Santos
- 103

Documento em elaboração

104 **Colaboradores:**

105

106 Adalberto Kiochi Akemi

107 Ana Maria Monte Romão

108 Athene Maria Marco França

109 Benedito Adalberto Boletta de Oliveira

110 Carlos Tomio Kajimoto

111 Caritas Relva Basso

112 Cecilia Seiko Takano Kunitake

113 Doralice Severo Cruz

114 Edmir Peralta Rollemberg Albuquerque

115 Eliana Sapucaiai Rizzini

116 Emilio Teles Junior

117 Flavius Augusto Olivetti Albieri

118 Janaina Lopes Diogo

119 Katia Cristina Bassichetto

120 Leny Kimie Yamashiro Oshiro

121 Marcia Maria Gomes Massironi

122 Maria Auxiliadora Camargo Cusinato

123 Maria Cristina H dos Santos

124 Maria Inês Bertão

125 Margarida Maria Tenorio de Azevedo Lira

126 Maria Teresa Souza

127 Marta Maria pereira Nunes

128 Mirna Reni Marchioni Tedesco

129 Myres Maria Cavalcanti

130 Regina Satiko Omati

131 Reynaldo B. Neto

132 Sandra Cristina Coelho Teixeira

133 Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida

134 Sergio Marcio Pacheco Pascoal

135 Selma Maria Pereira dos Santos

136 Sylvia Christina de Andrade Grimm

137 Valdete Ferreira dos Santos

- 138 Valdir monteiro Pinto
- 139 Vera Lucia Martinez Marchini
- 140 Wilma Tiemi Miyake Morimoto
- 141 Yahmma Mayura Duarte Alves

Documento em elaboração

142 **Sumário**

143

144	Apresentação	9
145	1. Introdução.....	13
146	2. Prevenção da violência e promoção da Cultura de Paz	15
147	3. Definição, tipos e natureza da violência.....	19
148	4. Linha de cuidado	22
149	4.1. Acolhimento.....	22
150	4.2. Atendimento	23
151	4.3. Atitude do Profissional.....	24
152	4.4. Abordagem multiprofissional	25
153	4.5. Núcleos de Prevenção de Violência	25
154	4.6. Fluxo Geral	27
155	4.6.1. Atenção Primária	28
156	4.6.2. Atenção Secundária.....	30
157	4.6.3. Atenção Terciária.....	32
158	5. Vigilância de violências.....	40
159	6. Atendimento às pessoas em situação de risco ao suicídio.....	48
160	7. Atendimento às pessoas em situação de violência sexual	53
161	8. Cuidado em relação aos ofensores	59
162	9. Áreas técnicas	62
163	9.1. Saúde da Mulher	62
164	9.2. Saúde do Homem.....	70
165	9.3. Saúde da criança e do adolescente	76
166	9.4. Saúde da Pessoa Idosa	86
167	9.5. Consultório na rua	97
168	9.6. Saúde da população LGBT	110
169	9.7. Saúde da População Negra.....	113
170	9.8. Saúde da população indígena	119
171	9.9. Programa Ambientes Verdes e Saudáveis.....	122
172	10. Competências.....	125
173	10.1. Área Técnica.....	125
174	10.2. Coordenadorias Regionais de Saúde	126
175	10.3. Supervisões Técnicas de Saúde.....	126
176	10.4. Supervisão das vigilâncias em saúde	127
177	10.5. Unidades Básicas de Saúde.....	130
178	10.7. Centro de Convivência e Cooperativa	133

179	10.8. Unidades de Referência à Saúde do Idoso.....	133
180	10.9. Atenção Ambulatorial Especializada.....	134
181	10.10. Núcleo Integrado de Reabilitação / Núcleo Integrado de Saúde	
182	Auditiva / Centro Especializado em Reabilitação	135
183	10.11. Centro de Atenção Psicossocial	135
184	10.12. Rede Municipal Especializada em DST/Aids	136
185	10.13. Pronto-socorro e pronto atendimento	137
186	10.14. Hospital.....	138
187	10.15. Coordenadoria municipal de atenção às urgências e emergências	139
188	10.16. Atenção domiciliar – Melhor em Casa	140
189	11. Redes.....	141
190	11.1. Rede intrasetorial	141
191	11.2. Rede intersetorial.....	142
192	12. Avaliação e monitoramento	144
193	13. Anexos	160
194	14. Referências bibliográficas	161
195		
196		

197 **Apresentação**

198

199 A formulação da Linha de Cuidado (LC) Integral à Saúde da Pessoa em
200 Situação de Violência no Município de São Paulo (MSP) representa um grande
201 passo na consolidação da Política de Atenção Integral a Saúde da Pessoa em
202 Situação de Violência em todas as esferas da Secretaria Municipal de Saúde
203 (SMS).

204 O desafio da construção de políticas públicas para superação do
205 fenômeno da violência é um tema transversal no campo da saúde pública. A
206 efetivação das estratégias e ações depende da capacidade de articulação entre
207 os diversos setores. A elaboração desta LC contou com a participação de
208 diferentes níveis de Atenção à Saúde da SMS, incluindo as Áreas Temáticas,
209 as Áreas Técnicas com seus respectivos representantes das Coordenadorias
210 Regionais de Saúde (CRS), Autarquia Hospitalar Municipal (AHM), Serviço de
211 Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Coordenação de Vigilância em
212 Saúde (COVISA), CEINFO, entre outros.

213 A Organização Mundial da Saúde (OMS) define “*a violência como um*
214 *grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos*”. Trata-
215 se de um fenômeno complexo, que é fortemente influenciado por fatores
216 sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos. Os efeitos da violência
217 não se restringem ao campo da saúde, porém afeta de forma significativa este
218 setor, uma vez que muitas vítimas adoecem e apresentam sequelas. As
219 pessoas em situação de violência demandam assistência/cuidado dos
220 diferentes níveis de atenção à saúde.

221 A mortalidade e a morbidade por causas externas relacionadas às
222 situações de violência têm aumentado em nosso país, sendo a 2ª causa de
223 morte da população, ultrapassando as doenças degenerativas e infecciosas. A
224 gravidade do problema torna imperativo para o setor de saúde, desenvolver
225 políticas para o enfrentamento deste fenômeno. Surge a necessidade de
226 ampliação da oferta de assistência em todos os níveis de complexidade e
227 principalmente a ampliação de ações de promoção à saúde, com foco na
228 prevenção da violência e disseminação da Cultura de Paz. A intervenção
229 interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial se mostra fundamental no

230 campo do cuidado às pessoas em situação de violência. As práticas devem
231 envolver não apenas o tratamento do agravo, mas a atenção aos aspectos dos
232 processos de produção de qualidade de vida, entre os quais a empatia, o
233 respeito à autonomia e ao desejo de superação do problema (CECCIM, 2005).
234 Este documento afirma em sua concepção que a integralidade do cuidado e a
235 percepção ampliada da saúde são princípios organizadores da Rede de
236 Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. Todas as
237 formas de violência recebem forte influência do ambiente sócio cultural. A
238 elaboração dos projetos terapêuticos singulares¹ e das intervenções na
239 comunidade deve levar em consideração a singularidade do contexto de cada
240 situação violenta a ser superada.

241 O trabalho coletivo e multiprofissional deve articular as múltiplas
242 dimensões e aspectos envolvidos no cuidado à saúde das pessoas em
243 situação de violência e de suas famílias.

244 O conhecimento das características do território, do estilo de vida da
245 população e também do ordenamento dos recursos existentes na comunidade
246 são informações relevantes para a implementação de qualquer LC. (Ministério
247 metodologia pág. 15)

248 O MSP apresenta uma grande complexidade de problemas e de
249 desigualdades sociais. Numa cidade de 11 milhões de pessoas coexistem
250 diferentes culturas, religiões, ambientes urbanos, organizações sociais. O
251 acesso aos recursos sanitários é desigual, com evidentes repercussões na
252 qualidade de vida e de saúde em cada parte do território. Neste sentido
253 entender as heterogeneidades que ocorrem entre as diversas comunidades se
254 mostra importante, permitindo ao gestor e ao público reconhecer os fenômenos
255 de interesse para a definição das políticas de saúde.

256 O MSP faz parte da região metropolitana de São Paulo, que conta com
257 39 municípios e 19.672.582 habitantes (IBGE 2010), ocupando 7.943,9 km² de
258 área territorial. No âmbito da saúde, o MSP está organizado em seis
259 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Centro, Leste, Norte, Sudeste, Sul
260 e Oeste.

¹ Conjunto de propostas de condutas terapêuticas planejadas e articuladas, resultado de uma discussão coletiva da equipe do NPV, sendo quando possível importante garantir a participação do usuário e seus familiares na elaboração do PTS

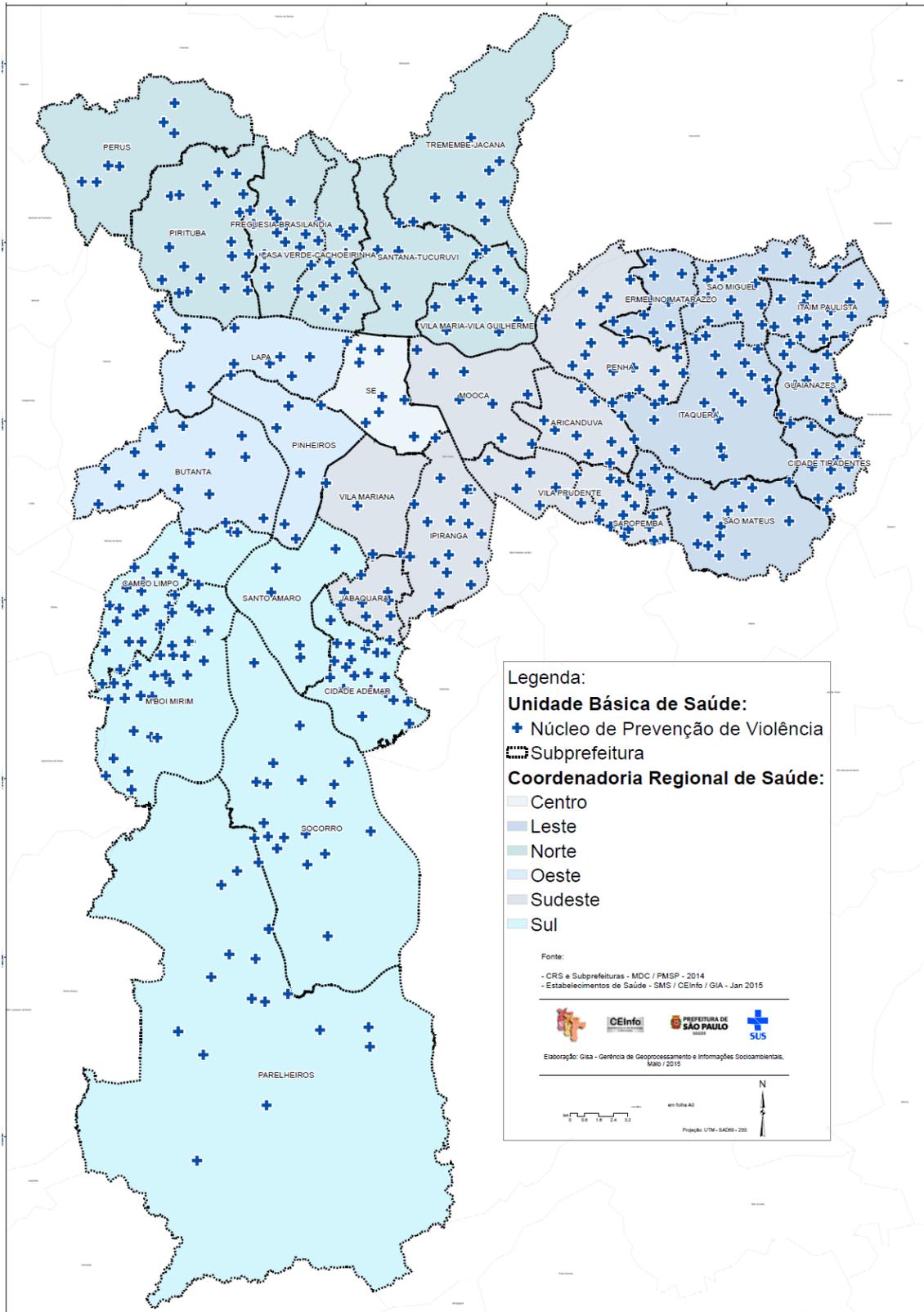
261 Com relação às questões de violência os impactos são evidentes no
262 cenário do MSP como um todo, pois desde a implantação do Sistema de
263 Informações para a Vigilância de Violência e Acidentes (SIVVA) foram
264 registradas 231.997 notificações entre de 2008 e 2014². Contudo, também em
265 relação a este agravo existe heterogeneidade quanto ao número de
266 ocorrências, bem como quanto à oferta de estabelecimentos de saúde nas
267 diferentes regiões para o acolhimento destes agravos. Neste sentido, buscando
268 respeitar as características de cada território a Secretaria Municipal de Saúde
269 de São Paulo (SMS-SP) estabeleceu uma política de descentralização do
270 cuidado. A Área Temática, atualmente denominada "Atenção Integral à Saúde
271 da Pessoa em Situação de Violência", juntamente com a subgerência de
272 Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) / Centro de Controle de
273 Doenças (CCD) / Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) são
274 responsáveis pela formulação de políticas públicas voltadas para minimizar o
275 impacto das diversas formas de violência sobre os cidadãos. Utiliza como
276 estratégia a consolidação e potencialização de Núcleos de Prevenção de
277 Violência (NPV), criado em 2012 e institucionalizados em 2015 conforme
278 portaria 1.300 de julho de 2015/SMS-G objetivando a responsabilização pelo
279 cuidado e o acesso aos serviços (Figura 1).

280 A presente LC busca orientar e sistematizar o trabalho dos profissionais
281 de saúde em todos os níveis de atenção, de forma a estabelecer fluxos
282 assistenciais, para o cuidado ininterrupto, corresponsabilização e
283 resolubilidade. Busca ainda estabelecer as competências de cada um dos
284 níveis do cuidado, assim como contribuir para as ações de proteção exigindo
285 para isto a interação com os demais sistemas de garantia de direitos (Brasil
286 2010 p 90).

287

² Em 5 de julho de 2015 a SMS- SP Passou a notificar e registrar os casos de violência no Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN. Ver capítulo vigilância.

288



289

290

291

Figura 1 – Distribuição dos Núcleos de Prevenção de Violência nos estabelecimentos de Saúde do Município de São Paulo - 2015.

292 1. Introdução

293

294 As questões relativas às violências na sociedade contemporânea
295 tornaram-se objeto de reflexão e de estudo em virtude da magnitude e
296 complexidade do problema. A violência trágica das guerras entre os povos e
297 nações é apenas uma das facetas da violência. A violência institucional, a
298 violência doméstica, os abusos sexuais, os acidentes de trânsito, a exploração
299 econômica, os assaltos e homicídios, entre outras formas revelam a
300 capacidade humana de produzir e legitimar a violência como ferramenta para
301 resolver conflitos e exercer poder. (Melman e Cruz 2010). É um problema que
302 afeta as diferentes camadas sociais, todos os gêneros e todas as faixas
303 etárias, devendo ser compreendida dentro dos marcos das relações
304 socioeconômicas, políticas e culturais específicas, sendo um fenômeno
305 complexo e multicausal (Minayo, 2005).

306 Neste cenário, vislumbram-se as dificuldades que envolvem a
307 elaboração, execução e gestão de políticas públicas. Além de ser uma questão
308 social, cultural, política, de segurança pública, jurídica, gera demandas de
309 saúde. A violência impacta a qualidade de vida do indivíduo e da comunidade.
310 Resulta em altos custos, uma vez que o atendimento da pessoa que sofre
311 violência envolve uma série de ações específicas de cuidado.

312 Diminuir o índice de morbimortalidade causada pelas formas mais
313 frequentes de violência e de acidentes constitui um grande desafio para o setor
314 da saúde.

315 Em 1993, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) recomendou
316 aos países membros, entre eles o Brasil, que incluíssem o tema do
317 enfrentamento das violências em suas agendas. A OMS dedicou igual
318 prioridade ao assunto na Assembleia Mundial da Saúde.

319 Em 2002, foi publicado o “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde”
320 que representou uma importante construção para a compreensão do papel do
321 setor saúde, revelando que todos os anos mais de um milhão de pessoas
322 perdem a vida e muitos outros sofrem lesões graves por causas violentas.

323 No Brasil, para o enfrentamento deste problema no âmbito das três
324 esferas de governo (federal, estadual e municipal) foi elaborado um conjunto de

325 leis e portarias, que buscam garantir a informação, o cuidado e a prevenção da
326 violência.

327 Os serviços de saúde constituem-se em um espaço privilegiado para a
328 identificação, acolhimento e atendimento, das pessoas em situação de
329 violência, caracterizando-se como local propício para o exercício da
330 transversalidade do cuidado.

331 O fenômeno da violência exige ainda o repensar por parte de todos em
332 relação ao modelo cultural que temos adotado em nossa sociedade, onde a
333 desigualdade, a dominação e o uso da violência são naturalizados e
334 banalizados. Neste, sentido, o desenvolvimento de ações de prevenção da
335 violência e promoção das tecnologias da cultura de paz, são fundamentais para
336 a transformação da cultura da violência na direção de uma cultura não-violenta.

337

Documento em elaboração

338 2. Prevenção da violência e promoção da Cultura de Paz

339

340 No Brasil em 2006, foi lançada a Política Nacional de Promoção da
341 Saúde (PNPS) que destaca a construção de um modelo de atenção que
342 prioriza a qualidade de vida, e inclui ações para a prevenção de violências e
343 estímulo à cultura de paz. (BRASIL, 2006a). Ao falarmos de cultura estamos
344 falando de valores, leis, normas e padrões de relacionamentos, códigos, estilos
345 de vida e linguagem que moldam as relações em uma determinada sociedade.
346 Nossa cultura revela uma tendência de banalizar e naturalizar as situações de
347 violência. Vivemos numa sociedade onde predominam relações mediadas pelo
348 desejo de poder e de acúmulo de bens materiais. Os mais poderosos usam de
349 força para impor sua vontade em relação aos mais frágeis. A violência é
350 legitimada como instrumento para resolver conflitos.

351 Numa direção distinta, nas culturas mais colaborativas e dialógicas, os
352 vínculos sociais e as parcerias são mais valorizados, e os conflitos
353 representam uma oportunidade para o exercício da negociação. Nas
354 comunidades onde se afirma o valor maior da proteção à vida, diálogo e
355 solidariedade organizam as relações sociais, os princípios da não violência e a
356 prática da gentileza ocupam um lugar central.

357 A promoção da saúde e da cultura de paz faz parte de uma visão mais
358 integrada e holística de se perceber a presença do homem no mundo. Esse
359 olhar é um convite à experimentação e a criatividade, e busca fortalecer
360 pessoas e coletivos na construção de projetos de vida mais saudáveis.

361 Durante o processo de desenvolvimento o ser humano tem que lidar
362 constantemente com situações estressoras, porém, quando estes eventos
363 desafiadores se tornam cumulativos ou apresentam um caráter traumático,
364 como observamos em geral nas vivências de violência, isto pode desencadear
365 nos sujeitos uma intensificação dos sentimentos de insegurança, medo, culpa,
366 sofrimento.

367 Pessoas em situação de violência podem se tornar pessoas tristes, e
368 apresentarem baixa autoestima, com altos níveis de frustração e desconfiança.
369 Violências de toda espécie geram doenças no corpo e na mente.

370 Apesar dos avanços significativos nos últimos anos, ainda são muitas as
371 dificuldades para encontrar um espaço adequado de cuidado para essa
372 população vulnerável. Os profissionais de saúde podem e devem colocar todos
373 os seus recursos e tecnologias para auxiliar essas pessoas a resgatarem a
374 autoestima, a capacidade de cuidar de si, favorecendo assim a possibilidade da
375 reconstrução de novo projeto existencial.

376 O campo de atenção às pessoas em situação de violência pode abrir
377 uma porta para a experimentação de diferentes tecnologias que buscam
378 “empoderar” os indivíduos e possibilitar os processos da expansão de vida.
379 Em especial, quando os profissionais desenvolvem atitudes que fortalecem a
380 resiliência³, como a escuta qualificada e a construção de espaços para
381 expressão de sentimentos, incentivando o sujeito na busca de soluções para os
382 seus problemas.

383 Os fatores fundamentais para o fortalecimento da resiliência são os
384 vínculos afetivos sólidos e o bom funcionamento de uma rede social de
385 suporte. Os princípios da não violência contribuem para formar/inventar
386 vínculos, nos quais as pessoas que precisam de ajuda possam encontrar apoio
387 para superarem seus bloqueios. Relações de cuidado são capazes de gerar
388 transformações.

389 A prevenção da violência pode ser entendida como uma estratégia de
390 promoção da saúde, uma vez que busca proteger e empoderar indivíduos e
391 grupos que se encontram em situações de riscos e de vulnerabilidades (Linha
392 Cuidado - Ministério da Saúde, 2012). Não é possível estabelecer uma relação
393 de cuidado saudável num ambiente permeado pela negligência e pela falta de
394 escuta adequada. A violência de qualquer tipo viola a dignidade das pessoas.

395 O diálogo é o método mais eficaz para construir relações dignas e
396 respeitadas. No campo do diálogo, é possível trocas que estimulem a aceitação
397 da alteridade e da diversidade. A palavra nos humaniza. A mediação, por meio
398 das palavras, é a ferramenta da negociação dos interesses. É na ligação com o
399 outro que percebemos com mais exatidão nossos sentimentos e necessidades.
400 Precisamos do outro para descobrir a nós mesmos. Nesse sentido, cuidado é

³ Para Grotberg (apud Melillo;ojeda,2005) o enfoque da resiliência e a capacidade física , biológica política, social e psicológica para enfrentar , vencer e ser fortalecimento ou transformada por experiência de adversidade.

401 interação, é uma rede de conversações que exige um esforço de
402 reconhecimento mútuo.

403 Outras ações de prevenção da violência também podem ser feitas
404 procurando mobilizar a comunidade, fortalecer a rede de proteção e envolver
405 diferentes atores, inclusive da sociedade civil.

406 Existe uma série de ferramentas e estratégias voltadas para o cuidado
407 dentro do modelo de parceria, de uma Cultura de Paz, sendo algumas delas:

- 408 ▪ **Comunicação não violenta:** é uma metodologia que permite
409 desenvolver um conjunto de habilidades de comunicação, que
410 possibilitam estabelecer relações de parceria baseadas na cooperação,
411 em que predomina a comunicação com empatia, mesmo em condições
412 conflituosas.
- 413 ▪ **Mediação de conflito:** é um dispositivo para a resolução de conflitos,
414 onde uma terceira pessoa, imparcial e capacitada para a tarefa, facilita o
415 diálogo e a negociação entre as partes envolvidas na situação problema,
416 para que melhor entendam seus problemas, a fim de alcançar soluções
417 criativas e possíveis.
- 418 ▪ **Escuta empática:** é aquela na qual o profissional procura disponibilizar
419 todos os seus recursos no sentido de compreender o universo do outro,
420 colocando de lado suas crenças e posições pessoais. O movimento de
421 colocar-se no lugar do outro para conhecer suas razões e motivações é
422 fundamental para estabelecer a empatia. Compreender não significa
423 concordar com as ideias ou atitudes da outra pessoa. Essa qualidade de
424 escuta coloca o desafio de ir além dos conteúdos na busca de entender
425 todos os sentidos da comunicação. Estar atento ao verbal e ao não
426 verbal, sendo a escuta qualificada uma ferramenta importante para o
427 cuidado integral. Por meio dela é possível favorecer a formação de
428 vínculos, com respeito à diversidade e a singularidade.
- 429 ▪ **Rodas de conversas:** é uma metodologia de conversação coletiva,
430 baseada na força do diálogo, que abre espaço para a livre expressão
431 das ideias e dos sentimentos. O método facilita a circulação da palavra.
432 Geralmente conta com a presença de um mediador para facilitar e
433 permitir a participação de todos. No final da Roda de Conversa, o grupo
434 pode definir estratégias e ações.

- 435
- 436
- 437
- 438
- 439
- 440
- 441
- 442
- 443
- 444
- 445
- 446
- 447
- **Círculos Restaurativos:** é um modelo para a resolução de conflitos, onde o objetivo do processo grupal se desloca da ideia de punição e culpabilização dos ofensores. Os círculos restaurativos procuram criar as condições necessárias para restaurar relações que foram prejudicadas pelo comportamento violento. Essa metodologia se propõe a mediar a comunicação entre ofensor e vítima, na presença de outros atores que possam contribuir para o processo. Todos os envolvidos no conflito tem direito a palavra. O principal objetivo deste processo educativo é ampliar a compreensão das causas e das determinações que levaram ao ato violento, estimulando uma cultura dialógica do respeito que favorece as possibilidades de reparação e restauração dos relacionamentos.

448 3. Definição, tipos e natureza da violência

449

450 A OMS utiliza a seguinte definição para conceituar o termo violência:
451 “*Uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si*
452 *próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que*
453 *resulte ou tenha grandes possibilidades de resultar em lesão, morte, dano*
454 *psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação*” (KRUG et al., 2002,
455 p.5).

456 Na presente Linha de Cuidado adotamos a classificação da violência
457 proposta pelo Relatório Mundial da OMS (2002) que subdivide a violência em
458 três amplas categorias segundo características daqueles que cometem a ato
459 violento:

460 **Violência auto provocada** compreende o suicídio, ideação suicida e tentativas
461 de suicídio. Também engloba o conceito de auto abuso, o qual se refere às
462 autoagressões e às automutilações.

463

464 **Violências interpessoais** estão divididas em *intrafamiliar*, que compreende a
465 violência cometida entre membros da família e parceiros íntimos,
466 principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente, e a *violência*
467 *comunitária* que ocorre em ambientes sociais e pode ser praticada por
468 conhecidos ou desconhecidos. Com relação a esta última, podemos citar a
469 violência juvenil, as agressões físicas, os estupros, e inclusive a violência
470 institucional que podem acontecer em escolas, locais de trabalho, serviços de
471 saúde e asilos. A violência interpessoal é fruto da interação entre as pessoas,
472 que demonstram dificuldade de resolver conflitos por meio da conversa. São
473 frequentes nas relações que envolvem disputas de poder, como por exemplo,
474 entre pais e filhos, homens e mulheres, e entre irmãos. (Minayo, 2009).

475

476 **Violências coletivas** se entendem os atos violentos que acontecem nos
477 âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de
478 grupos e do Estado.

479 Nessa categoria, do ponto de vista social, se incluem os crimes
480 cometidos por grupos organizados, atos terroristas, e os crimes de multidões.
481 No campo político, as guerras e os processos de aniquilamento de
482 determinados povos e nações revelam a face trágica da humanidade. A
483 classificação de violência coletiva contempla também ataques econômicos
484 entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de
485 dominação.

486
487 À classificação criada pelo Relatório da OMS (2002) acrescenta-se um
488 tipo de violência que aqui se denomina *estrutural*. Esta violência se refere aos
489 processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem as desigualdades
490 sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças
491 e adolescentes. A violência estrutural se perpetua nos processos históricos,
492 tende a se naturalizar na cultura, e é responsável pelos processos de
493 dominação. A maioria dos tipos de violência citados anteriormente tem sua
494 base na violência estrutural.

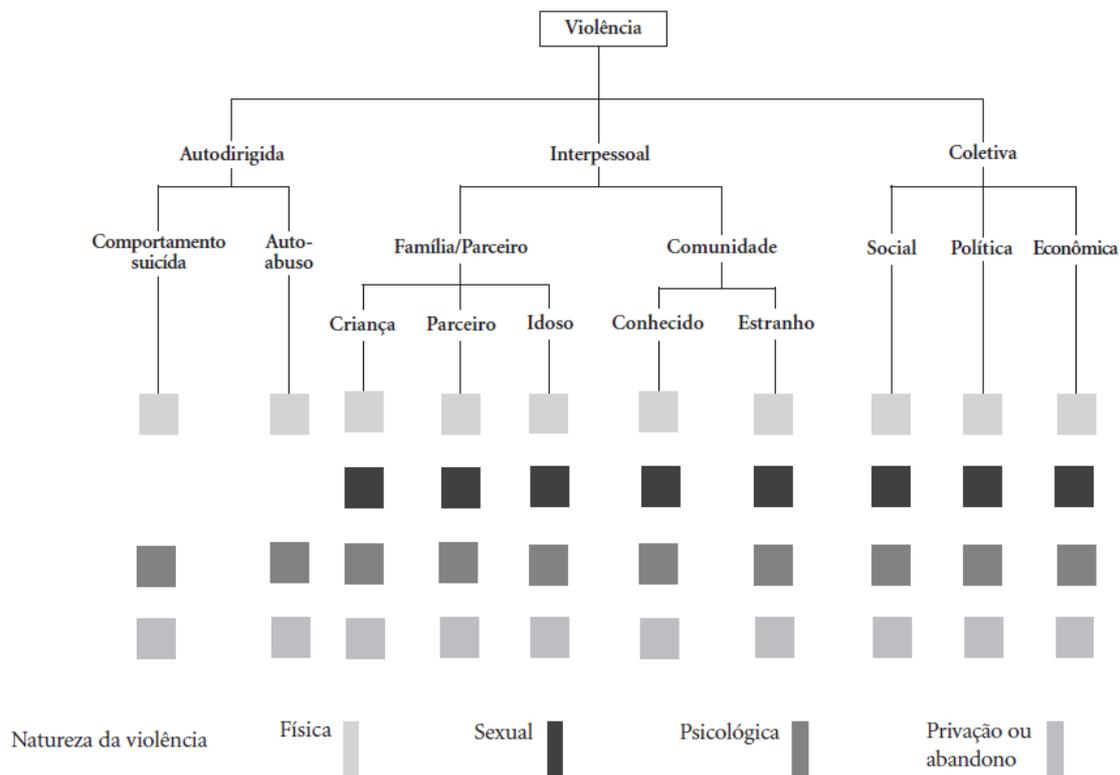
495 De acordo com o Ministério da Saúde, a natureza dos atos de violência é
496 classificada como violência física, violência psicológica, violência sexual e
497 negligência.

498 A **violência física** refere-se a prática de atos violentos, nos quais se faz
499 uso da força física de forma intencional, com o objetivo de ferir, lesar, provocar
500 dor e sofrimento a pessoa, deixando-a ou não com marcas evidentes no seu
501 corpo.

502 A **violência sexual** é toda relação de natureza sexual em que a pessoa
503 é obrigada a se submeter contra sua vontade por meio de força física, coerção,
504 sedução, ameaça ou influência psicológica, mesmo quando praticada por um
505 familiar. Também é considerada violência quando o agressor obriga a vítima a
506 realizar estes atos com terceiros.

507 A **violência psicológica** tem como característica toda forma de rejeição,
508 depreciação, discriminação, punições humilhantes e utilização da pessoa para
509 atender às necessidades psíquicas de outrem, colocando em risco a
510 autoestima e o desenvolvimento da pessoa. O *Bullying* e o assédio moral são
511 exemplos deste tipo de violência.

512 A **negligência / abandono** caracteriza-se pela omissão do cuidado em
 513 prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e
 514 social de uma pessoa. Por exemplo: vacinas em atraso, não levar ao médico
 515 ou desconsiderar o tratamento, crianças fora da escola; acidentes domésticos
 516 previsíveis; falta de supervisão de responsáveis; deixar passar fome;
 517 isolamento; vestimenta inadequada face às condições ambientais.
 518



519
 520 Fonte: (KRUG et al., 2002).

521
 522 Figura 2 – Tipologia da violência.
 523

524 **4. Linha de cuidado**

525

526 A LC representa uma estratégia de ação que busca alcançar a atenção
527 integral à saúde das pessoas em situação de violência de forma ininterrupta e
528 resolutiva. Segundo Franco & Franco, linha de cuidado é “a imagem pensada
529 para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no
530 sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse
531 o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo
532 segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que
533 participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e
534 assistência social”.

535 Em geral, o cuidado no contexto da saúde deve estar relacionado a uma
536 prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e
537 estratégias que norteiam, ou devem nortear, as relações entre o paciente e o
538 profissional de saúde (Ayres, 2004).

539 A construção de uma LC no campo da violência possibilita organizar os
540 recursos de forma a garantir o acesso, o cuidado e a proteção à pessoa em
541 situação de violência, induzindo à integração das várias ações desenvolvidas
542 na rede. Permite definir as competências em relação a cada serviço,
543 estabelecer os fluxos e investir na educação. Além disto, orienta os
544 profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado nas
545 dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de
546 cuidado e de proteção social (Linha de Cuidado - Ministério da Saúde, p. 51).

547 Abaixo, destacamos algumas etapas do processo de cuidado:

548

549 **4.1. Acolhimento**

550

551 O termo acolhimento tem gerado controvérsias no campo da saúde. Em
552 algumas oportunidades, confunde-se o acolhimento com a noção de lugar para
553 a efetivação do primeiro atendimento ao paciente. O acolhimento deve ser
554 compreendido como uma postura, uma atitude fundamental no processo de
555 cuidado. Acolher uma pessoa pressupõe uma atitude de abertura, empatia e

556 respeito em relação ao sofrimento humano. Não demanda um profissional
557 específico, mas requer habilidades para manter um espaço de diálogo
558 acolhedor, que possibilite a troca de saberes e a expressão de sentimentos,
559 sem julgamento, sem críticas ou discriminação. Pessoas em situação de
560 violência podem apresentar experiências de medo, ansiedade, vergonha, culpa
561 desesperança. Desta forma, uma escuta competente e empática no
562 acolhimento facilita muito à abordagem e a continuidade do cuidado, como uma
563 ação continuada em todos os locais e momentos do processo de produção de
564 saúde (Linha de cuidado para atenção integral a saúde de criança em situação
565 de violência, MS - 52).

566

567 **4.2. Atendimento**

568

569 A clínica da violência exige uma visão ampliada de saúde e diferentes
570 tecnologias de intervenção. O profissional deve superar o olhar fragmentado,
571 buscando o compromisso com o cuidado integral e singular, onde conceitos
572 como protagonismo, corresponsabilização, respeito às diferenças, vínculo e
573 diálogo são fundamentais. Por serem situações complexas resultantes de
574 múltiplas causas, não se pode restringir sua análise apenas a uma disciplina ou
575 a um campo profissional, devendo levar em consideração diferentes saberes e
576 abordagens (Minayo e Souza, 1997). Neste sentido, o atendimento dos casos
577 não dever ser uma ação solitária, mas sim envolve uma equipe multidisciplinar,
578 onde a compreensão do problema seja compartilhada e discutida, incentivando
579 a participação do próprio sujeito em seu processo de cuidado. As ações de
580 saúde devem estar articuladas aos demais serviços da rede de proteção social
581 (Linha de cuidado criança MS - 55). Esta etapa se desdobra em consulta
582 clínica, diagnóstico, tratamento e cuidados.

583 Casos de violência mobilizam nos profissionais uma série de
584 sentimentos e angústias, podendo levá-los a identificação com situações
585 problemas e com isto podem agir de forma imponderada. As violências, por
586 serem fenômenos complexos, exigem que o profissional não atue de forma
587 impulsiva, devendo buscar o máximo de informações e pensar a intervenção e
588 os encaminhamentos junto com a equipe multiprofissional. As questões de
589 violência devem ser sempre compreendidas dentro das dinâmicas

590 estabelecidas, sejam familiares ou sociais (caderno de violência doméstica
591 município de São Paulo).

592 Ações de prevenção à violência e promoção da cultura de paz, também,
593 são atribuições a serem realizadas pelos profissionais da saúde. Estas ações
594 devem objetivar a redução da incidência da violência, bem como refletir sobre a
595 cultura predominante, estimulando o empoderamento das pessoas, famílias e
596 comunidade.

597

598 **4.3. Atitude do Profissional**

599

600 A abordagem da violência requer o desenvolvimento de habilidades por
601 parte dos profissionais em manter um espaço acolhedor, além de um
602 conhecimento sobre fluxos de encaminhamentos, metodologias de cuidado e
603 redes de proteção.

604 As violências são fenômenos complexos socialmente construídos e
605 mobilizam diferentes sentimentos como angústia, raiva, impotência. É
606 importante existir uma abertura por parte dos profissionais para examinarem
607 suas posturas, valores, bem como a influência social da cultura em que estão
608 inseridos. Neste sentido, o compromisso institucional com relação à
609 priorização do tema, o incentivo ao trabalho em equipe multiprofissional e à
610 criação de espaços de diálogo e acolhimento para os profissionais se mostra
611 fundamental para ampliar a capacidade com relação ao manejo dos casos.

612 O profissional da saúde deve ser um facilitador para auxiliar as pessoas
613 em situação de violência superarem suas problemáticas, ampliarem seu campo
614 de experiência, de forma que possam valorizar outros setores de suas vidas,
615 modificando o foco da limitação para o empoderamento e a construção de
616 novos projetos de vida (São Paulo 2007).

617 Nesta linha de cuidado, estamos propondo a eleição de um profissional
618 de referência, que será definido como interlocutor do caso até a finalização do
619 processo. Ressaltamos a importância deste profissional, uma vez que o sujeito
620 em acompanhamento, em geral, apresenta grande vulnerabilidade, sendo
621 fundamental garantir o fortalecimento de vínculos significativos para o
622 enfrentamento da situação de violência.

623

624 **4.4. Abordagem multiprofissional**

625

626 A abordagem multiprofissional traz para o processo diferentes visões
627 conceituais e percepções da realidade, o que possibilita uma discussão
628 enriquecida no processo de construção do projeto singular de atendimento.
629 Ressaltamos que a participação de profissionais com diferentes formações
630 auxilia na identificação de sequelas que vão para além das marcas físicas que
631 a violência pode deixar, possibilitando um olhar para questões de ordem
632 subjetivas, que podem marcar de forma desastrosa as pessoas em situação de
633 violência (Linha de cuidado ministério pagina 59).

634

635 **4.5. Núcleos de Prevenção de Violência**

636

637 O Núcleo de Prevenção à Violência - NPV⁴ corresponde à equipe de
638 referência da Unidade de Saúde responsável pela organização do cuidado e
639 articulação das ações a serem desencadeadas para a superação da violência e
640 promoção da cultura de paz.

641 O Núcleo de Prevenção de Violência, como estratégia para a
642 organização do cuidado, deverá ser composto por no mínimo quatro
643 profissionais, podendo este número ser ampliado. Todas as categorias
644 profissionais podem compor os NPV, sendo de grande contribuição a
645 participação do médico, psicólogo, assistente social e enfermeiro. Ressaltamos
646 ainda a importância da gerência do serviço na composição do NPV.

647 Cabe aos NPV:

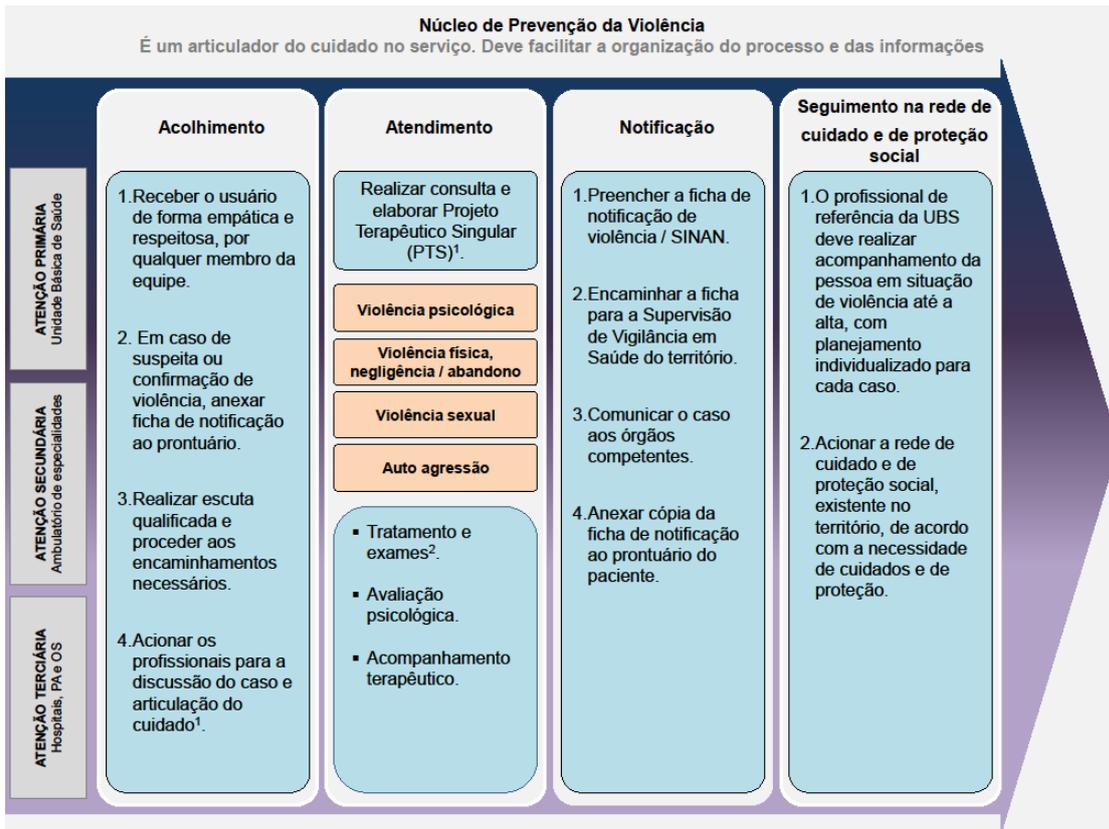
- 648 ■ Articular ações de assistência, prevenção e promoção de saúde no nível
649 local, no sentido de estabelecer o cuidado integral às pessoas em
650 situação de violência;
- 651 ■ Organizar o atendimento e criar estratégias para fortalecer o cuidado
652 ampliado e integral das pessoas em risco ou situação de violência nos
653 serviços, utilizando o dispositivo de projeto terapêutico singular e as
654 tecnologias de cultura de paz;

⁴ Consultar Portaria 1300 de 15 de julho de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

- 655 ▪ Promover e participar dos fóruns de discussões e das reuniões da rede
656 local, que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção
657 da saúde e cultura de paz;
- 658 ▪ Criar espaços para discussão, reflexão e aprimoramento entre os
659 profissionais do serviço, uma vez que o atendimento dos casos de
660 violência é de responsabilidade de todos os profissionais dos
661 estabelecimentos de saúde;
- 662 ▪ Contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais
663 envolvidos nos atendimentos dos casos;
- 664 ▪ Estimular a formação de grupos terapêuticos de atendimento e
665 encaminhar os usuários para os grupos já existentes no estabelecimento
666 de saúde;
- 667 ▪ Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência que
668 chegam aos serviços caso o preenchimento da ficha ainda não tenha
669 sido realizado;
- 670 ▪ Ampliar a área de atuação dos serviços por meio da criação de espaços
671 de diálogo e de iniciativas educativas para a comunidade local. Essas
672 ações e projetos devem contribuir para a prevenção da violência e para
673 a promoção de uma cultura de paz;
- 674 ▪ Elaborar estratégias de trabalho junto às escolas, instituições públicas,
675 privadas e ONGs envolvidas com o tema localmente.

676 **4.6. Fluxo Geral**

677



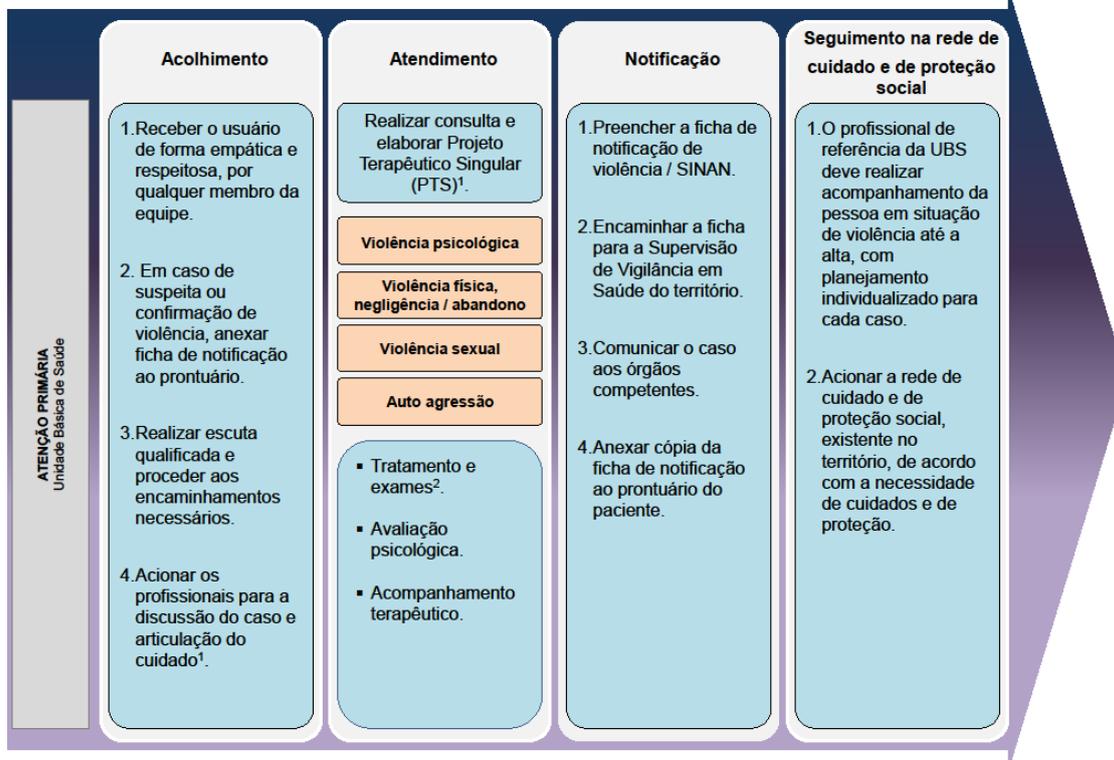
678

Documento em

679 **4.6.1. Atenção Primária**
680

Núcleo de Prevenção da Violência

É um articulador do cuidado no serviço. Deve facilitar a organização do processo e das informações



681

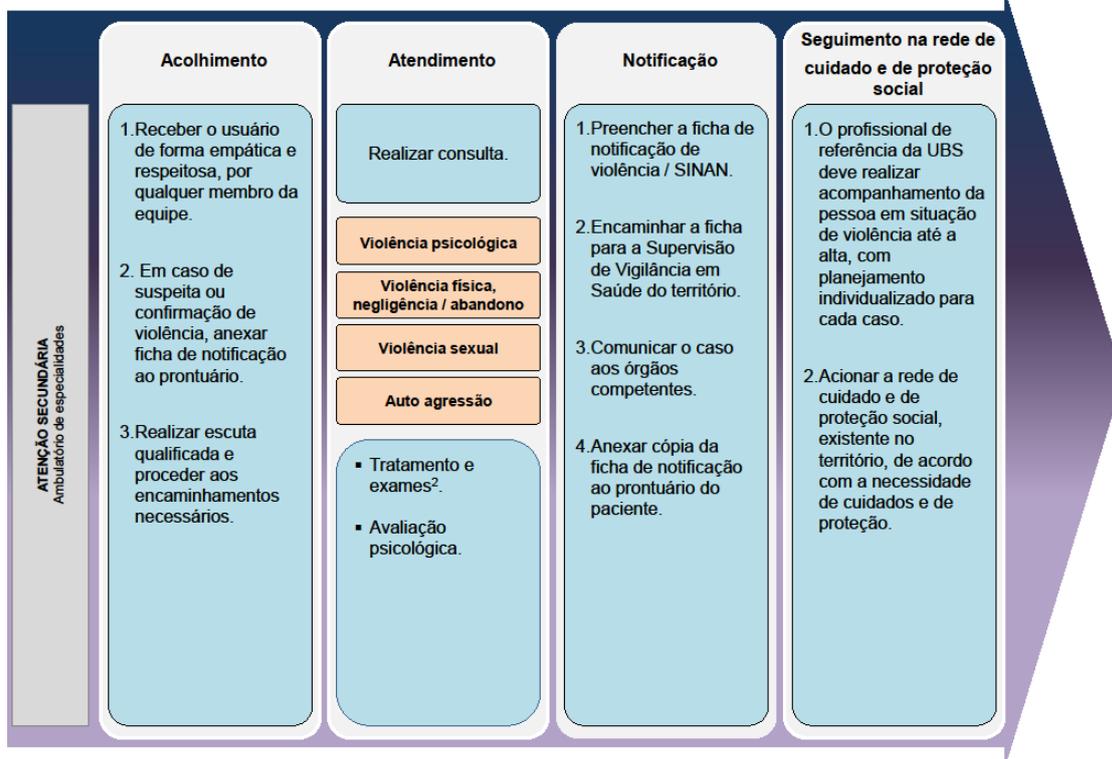
Documento em

- 682 ▪ Qualquer profissional da unidade poderá receber e acolher o usuário
683 em risco ou situação de violência.
- 684 ▪ Garantir a escuta empática e qualificada. Após o acolhimento, estes
685 profissionais realizarão as primeiras orientações e encaminhamentos
686 necessários ao usuário.
- 687 ▪ Acionar a equipe necessária para o atendimento do caso.
- 688 ▪ Efetuar o preenchimento da ficha de notificação de violência
689 (SINAN), caso o preenchimento não tenha sido ainda realizado.
- 690 ▪ Encaminhar comunicado aos órgãos competentes referentes à rede
691 de proteção social.
- 692 ▪ Manter, em arquivo na Unidade de Saúde, uma cópia da ficha de
693 notificação, relatórios técnicos e comunicados emitidos aos órgãos
694 de proteção.
- 695 ▪ Todas as unidades deverão priorizar os atendimentos dos casos de
696 violência. Os atendimentos devem ser realizados no mesmo dia.
- 697 ▪ Podem ser agendados atendimentos específicos quando necessários
698 (consultas médicas, atendimento psicológico, social e de outras
699 especialidades). Também podem ocorrer encaminhamentos para
700 outras unidades de saúde. Os encaminhamentos devem ser sempre
701 acompanhados de relatório detalhado, e se possível realizar contato
702 pessoal ou telefônico prévio. Nesses casos, um ou mais profissionais
703 da Unidade de Saúde deve se manter como referência do caso;
704 durante todo o processo até sua finalização.
- 705 ▪ O caso será discutido pela a equipe com o objetivo de ampliar a
706 compreensão da problemática e desenvolver um projeto terapêutico
707 singular que leve em conta as múltiplas dimensões envolvidas.
- 708 ▪ Quando necessário, serão realizados contatos com a rede de
709 proteção para produção de uma atenção compartilhada.
- 710 ▪ Registrar todas as etapas do atendimento e encaminhamento no
711 prontuário.

712 **4.6.2. Atenção Secundária**
713

Núcleo de Prevenção da Violência

É um articulador do cuidado no serviço. Deve facilitar a organização do processo e das informações



714
715

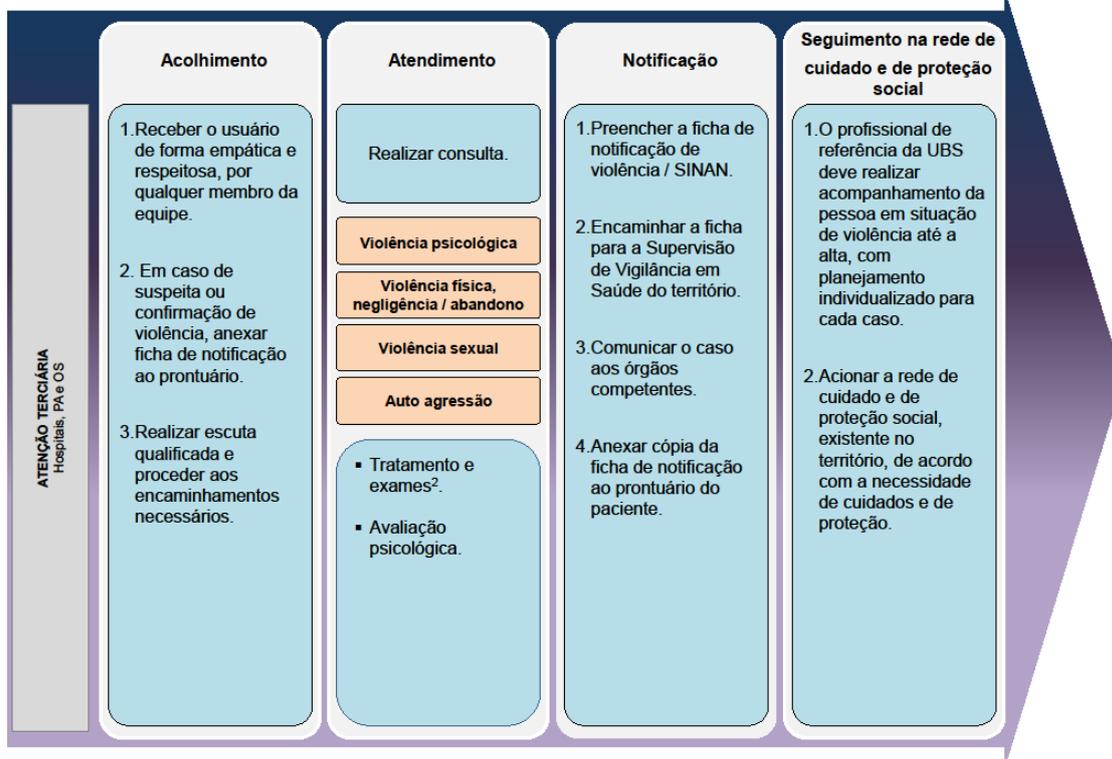
Documento em

- 716 ▪ Qualquer profissional da unidade poderá receber e acolher o usuário em
717 risco ou situação de violência, buscando sempre uma escuta empática e
718 qualificada.
- 719 ▪ Efetuar o preenchimento da ficha de notificação de violência (SINAN),
720 caso o preenchimento não tenha sido ainda realizado.
- 721 ▪ Encaminhar comunicado aos órgãos competentes referentes à rede de
722 proteção social.
- 723 ▪ Manter, em arquivo na Unidade de Saúde, uma cópia da ficha de
724 notificação, relatórios técnicos e comunicados emitidos aos órgãos de
725 proteção.
- 726 ▪ Após o acolhimento, estes profissionais realizarão os primeiros
727 atendimentos e as primeiras orientações e encaminhamentos
728 necessários a cada caso.
- 729 ▪ Acionar a UBS de referência, com encaminhamento de relatório para
730 comunicar o caso, objetivando o monitoramento no território.
- 731 ▪ Quando necessário, serão realizados contatos com as entidades da rede
732 de proteção para produção de uma atenção compartilhada.
- 733 ▪ Registrar todas as etapas do atendimento e encaminhamento no
734 prontuário.

735 **4.6.3. Atenção Terciária**
736

Núcleo de Prevenção da Violência

É um articulador do cuidado no serviço. Deve facilitar a organização do processo e das informações



737

Documento em

- 738 ▪ Recepção deve abrir o prontuário, o qual deve conter um carimbo de
739 identificação de “caso suspeito ou confirmado de violência” (carimbo
740 NPV) e anexar uma ficha de notificação em branco, no prontuário para
741 preenchimento pelo profissional.
- 742 ▪ Os casos devem ser encaminhados ao médico.
- 743 ▪ Realizar as consultas, exames e profilaxia necessários de acordo com
744 cada caso.
- 745 ▪ Realizar atendimento psicossocial quando necessário.
- 746 ▪ Efetuar o preenchimento da ficha de notificação de violência (SINAN),
747 caso o preenchimento não tenha sido ainda realizado.
- 748 ▪ Encaminhar comunicado aos órgãos competentes referentes à rede de
749 proteção social.
- 750 ▪ Manter, em arquivo na Unidade de Saúde, uma cópia da ficha de
751 notificação, relatórios técnicos e comunicados emitidos aos órgãos de
752 proteção.
- 753 ▪ Registrar todas as etapas do atendimento e encaminhamento no
754 prontuário.

755 **a. Áreas envolvidas**

756 Todos os setores

757 **b. Profissionais envolvidos**

- 758 ▪ Recepção;
- 759 ▪ Médico Clínico, Ginecologista, Cirurgião Geral;
- 760 ▪ Enfermeiro;
- 761 ▪ Técnico de Enfermagem;
- 762 ▪ Auxiliar de Enfermagem;
- 763 ▪ Serviço Social;
- 764 ▪ Psicologia Hospitalar;
- 765 ▪ Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos - SAME.

766 Observação: quando necessário, acionar outros profissionais, como
767 médicos de diferentes especialidades, fisioterapeutas, fonoaudiólogos,
768 nutricionistas e outros.

769 **c. Materiais necessários**

- 770 ✓ Boletim de Emergência (BE);
- 771 ✓ Carimbo NPV;
- 772 ✓ Livro de registro e numeração das notificações no Serviço Social;
- 773 ✓ Ficha SINAN.

774 **d. Procedimentos e responsabilidades**

- 775 ▪ Recepção:
 - 776 ✓ Abrir Boletim de Emergência, confirmando e completando todos os
777 dados do paciente.
 - 778 ✓ Carimbar o NPV, caso seja identificado a suspeita ou confirmação da
779 violência.
- 780 ▪ Médico:
 - 781 ✓ Providenciar exame clínico detalhado e relatório médico descritivo.
 - 782 ✓ Solicitar exames laboratoriais e radiológicos, se necessário.
 - 783 ✓ Anotar em prontuário de forma legível as condições gerais, inclusive de
784 higiene, da pessoa no ato da internação, assinar e carimbar.
 - 785 ✓ Se identificada a suspeita da violência, discutir o caso com a equipe
786 multiprofissional.
 - 787 ✓ Verificar e acionar os outros profissionais previstos no fluxo.

788

- 789 → Nos casos de abuso /violência sexual:
- 790 ✓ Atendimento inicial deverá ser feito pelo Clínico, Ginecologista e/ou
- 791 Cirurgião Geral;
- 792 ✓ Prescrever profilaxia e encaminhar para UBS quando necessário;
- 793 ✓ Orientar a família quanto à importância do Boletim de Ocorrência na
- 794 Delegacia da Mulher / Conselho Tutelar.
- 795
- 796 → Nos casos de intoxicação exógena (ingestão de medicamentos, uso e
- 797 abuso de álcool e drogas, ingestão de produtos de limpeza, inalação de
- 798 produtos tóxicos e outros):
- 799 ✓ Acionar o Centro de Controle de Intoxicações (CCI),
- 800 ✓ Acionar psicóloga/assistente social, assegurar que será encaminhado
- 801 para seguimento do tratamento na UBS/CAPS.
- 802
- 803 → Nos casos de criança e adolescente:
- 804 ✓ O atendimento deverá ser realizado pelo pediatra/clínico, transcrever em
- 805 toda a ficha de atendimento o exame físico detalhado, condições de
- 806 higiene encontrada, solicitar exames em caso de abuso sexual, realizar
- 807 profilaxia se necessário, em se tratando de pessoa incapaz, acionar a
- 808 assistente social e psicóloga;
- 809 ✓ Se o local de residência for considerado de risco, realizar a internação
- 810 social até que o Conselho Tutelar defina o caso;
- 811 ✓ Ao juiz da Vara da Infância e Juventude de cada região cabe decidir
- 812 encaminhamento a ser dado ao caso;
- 813 ✓ A alta hospitalar dependerá de critérios clínicos e da decisão judicial;
- 814 ✓ Após a alta hospitalar a criança ou adolescente, bem como suas
- 815 famílias, deverão ser encaminhadas para acompanhamento nas UBSs e
- 816 CAPS.
- 817
- 818 → No caso de idoso:
- 819 ✓ O atendimento deverá ser realizado pelo clínico/cirurgião, conforme
- 820 caso, este deverá transcrever exame físico detalhado, condições de
- 821 higiene, além de solicitar exames pertinentes, transcrevê-los na ficha de
- 822 atendimento, acionar o profissional de Serviço Social;

823 ✓ Se o idoso correr risco de retorno na residência, deverá ser realizada a
824 internação social até que a delegacia do idoso tome providencias.

825 ✓ Após a alta hospitalar a criança ou adolescente, bem como suas
826 famílias, deverão ser encaminhadas para acompanhamento nas UBS e
827 CAPS.

828 O exame de corpo delito deverá ser providenciado no caso da violência:

- 829 ▪ Contra a mulher: se a paciente desejar no IML.
- 830 ▪ Contra criança e idoso incapaz: após o atendimento médico, o
831 responsável pela criança/adolescente ou idoso deverá ser orientado
832 a lavrar Boletim de Ocorrência Policial em uma delegacia, de
833 preferência especializada, que deverá encaminhar o paciente para
834 exames e coleta de provas forenses pelos peritos do IML.

835 Se, por qualquer motivo, não houver a possibilidade de realização dos
836 exames periciais diretamente pelo IML, os peritos poderão fazer o laudo de
837 forma indireta, com base no prontuário médico. Seu preenchimento adequado
838 é, portanto, imprescindível.

839 É necessária, para fins judiciais nos casos de abuso sexual, a coleta de
840 material para provas forenses. O ideal, quando não há risco para o paciente, é
841 que o médico perito do IML faça avaliação e coleta deste material antes de
842 qualquer outro procedimento. Caso contrário, deverá ser realizado exame
843 pericial indireto através do prontuário.

844 *Provas forenses:*

845 *Esfregaço de secreção vaginal (colher em até 72 horas) ou anal (colher em até*
846 *6 horas) em três lâminas de vidro; deixar secar em ar ambiente e proteger em*
847 *embalagem própria para lâminas.*

848 *Colher secreção vaginal, oral ou anal por meio de swab ou similar e*
849 *acondicionar em papel-filtro estéril; deixar secar em ar ambiente por pelo*
850 *menos 6 horas.*

851 *Pêlos ou cabelos, se encontrados com bulbo, permitem a identificação do DNA.*

852 ▪ Enfermeiro:

853 ✓ Acolher o paciente e o responsável;

854 ✓ Acompanhar o atendimento médico;

855 ✓ Receber a BE preenchida pelo médico e outros documentos e fazer os
856 encaminhamentos;

- 857 ✓ Acionar os outros profissionais previstos no fluxo;
- 858 ✓ Orientar quanto ao tratamento prescrito pelo médico;
- 859 ✓ Discutir o caso com a equipe multiprofissional;
- 860 ✓ Fazer anotação em prontuário;
- 861 ✓ Disponibilizar o kit de violência sexual, nos casos necessários;
- 862 ✓ Discutir o caso com a equipe multiprofissional. Em casos de dúvida
- 863 acionar representante do NPV;
- 864 ✓ Verificar junto ao Serviço Social as restrições ou não, quanto à saída do
- 865 paciente na alta hospitalar.
- 866 ■ Técnico e Auxiliar de Enfermagem:
- 867 ✓ Acolher a/o paciente e o responsável;
- 868 ✓ Acompanhar o atendimento médico;
- 869 ✓ Acionar o laboratório para coletar os exames solicitados e encaminhar a
- 870 exames de imagem, se houver;
- 871 ✓ Auxiliar o médico e enfermeiro nos procedimentos a serem realizados;
- 872 ✓ Administrar a medicação prescrita;
- 873 ✓ Discutir o caso com a equipe multiprofissional. Em casos de dúvida
- 874 acionar representante do NPV;
- 875 ■ Serviço Social:
- 876 ✓ Avaliação social da situação;
- 877 ✓ Apoio e orientações aos familiares e colaterais;
- 878 ✓ Elaborar relatório social, se necessário (para casos de denúncia ou
- 879 encaminhamento aos órgãos pertinentes);
- 880 ✓ Fazer as anotações em prontuário;
- 881 ✓ Discutir o caso com a equipe multiprofissional. Em casos de dúvida
- 882 acionar representante do NPV;
- 883 ✓ Verificar se todos os serviços do fluxo foram acionados;
- 884 ✓ Realizar os encaminhamentos e as notificações pertinentes;
- 885 ✓ Se identificada suspeita ou confirmação da violência notificar aos órgãos
- 886 competentes, acompanhados dos relatórios médico e psicológico.
- 887 Quando necessário o médico deverá fazer relatório do caso.
- 888 ■ Psicologia:
- 889 ✓ Realizar entrevista com paciente/familiares;
- 890 ✓ Observar o paciente/familiares durante o atendimento/internação;

- 891 ✓ Elaborar relatório técnico;
- 892 ✓ Anotar em prontuário;
- 893 ✓ Discutir o caso com a equipe multiprofissional. Em casos de dúvida
- 894 acionar representante do NPV;
- 895 ✓ Verificar se todos os serviços do fluxo foram acionados: judiciais,
- 896 conselho tutelar, delegacia idoso, etc.
- 897 ■ **SAME:**
- 898 ✓ Receber a BE;
- 899 ✓ Compilar os dados cujos prontuários tiverem o carimbo do NPV;
- 900 ✓ Preencher o SINAN;
- 901 ✓ Notificar os casos à Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) de sua
- 902 região.

903 **e. Observações gerais**

904 Cabe a todo e qualquer profissional identificar e informar aos técnicos a
905 suspeita ou confirmação de violências, seja durante a semana, finais de
906 semana, feriados e período noturno e sempre anotar em prontuário, pois não
907 se pode fazer uma denúncia com dados verbais.

908 Cabe aos profissionais manter o sigilo e a ética profissional,
909 resguardando os familiares e o paciente.

910 Informar sobre a importância do Boletim de Ocorrência, apesar de sua
911 não obrigatoriedade, nos casos do paciente estar lúcido e capaz para os atos
912 da vida civil.

913 Cabe ao médico manter a internação da pessoa idosa (incapaz) e
914 criança/adolescente até a avaliação da equipe técnica e quando necessário
915 acionar o plantão da Delegacia do Idoso ou Conselho Tutelar.

916 Cabe ao médico realizar relatório pormenorizado, o mesmo aos
917 profissionais de assistência social e à psicologia cada qual com relatório
918 descritivo.

919 Quando a criança ou adolescente em situação de violência apresentar
920 lesões leves e não for detectado risco de revitimização com o seu retorno para
921 a moradia, deve-se notificar o Conselho Tutelar de sua região. Essa notificação
922 pode ser feita mediante relatório elaborado por um membro da equipe
923 interprofissional ou preenchimento da ficha de notificação de casos suspeitos
924 ou confirmados de violências (SINAN).

925 Considera-se como risco de revitimização o fato do ofensor não ser
926 controlável ou a família ou cuidadores do paciente não terem condições de
927 promover o cuidado e proteção à criança ou adolescente.

928 Na presença de lesões graves ou quando o retorno da criança ou
929 adolescente para sua moradia puder resultar em revitimização, essa deve ser
930 internada, para que permaneça sob a proteção da instituição hospitalar – e
931 deve-se notificar a Vara da Infância e Juventude de sua região. Tal notificação
932 precisa ser realizada mediante relatório da equipe multiprofissional (por essa
933 razão a realização do relatório do Serviço Social, Psicologia e Médico) e
934 preenchimento da ficha de notificação de casos suspeitos ou confirmados de
935 violências (SINAN).

936 Os mesmos procedimentos devem ser tomados no caso do idoso,
937 considerado incapaz de atos da vida civil, com os relatórios, notificações e
938 internação.

939 **5. Vigilância de violências**

940

941 O atendimento das pessoas em situação de violência sempre fez parte
942 da assistência realizada pelos serviços de saúde. Já a organização da LC, de
943 forma a garantir fluxos, estabelecer referências, construir protocolos de
944 atendimento, estabelecer prioridades nos serviços, bem como a organização
945 da Vigilância das Violências é mais recente.

946 No Município de São Paulo desde 2002 é realizada a notificação de
947 violências, inicialmente pelo Sistema de Informação e Notificação de Violência -
948 SINV.

949 Em 2003 a lei 13.671, de 26/11/2003 e posteriormente o Decreto 48.421,
950 de 06 de junho de 2007, da Prefeitura de São Paulo, regulamentam a
951 notificação de violências e acidentes, que passa a ser obrigatória em todos os
952 Serviços de Saúde do município, utilizando-se do Sistema de Informação para
953 Vigilância de Violências e Acidente (SIVVA). O SIVVA tem em seu banco de
954 dados o registro de aproximadamente 480.000 casos de violências e de
955 acidentes, sendo 138.500 casos de violência (período de 2008 a 2015), com o
956 total de 615 Serviços notificantes no ano de 2014 (dados de junho de 2015).

957 Em 05 de julho, de 2015 a SMS-SP passou a notificar e registrar os
958 casos de Violências no Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN.

959 O banco de dados do SIVVA, do período de 2008 a 2015, será mantido
960 para a utilização dos dados, mediante permissão de acesso via tabulação no
961 TabNet. Os dados continuarão a ser disponibilizados na página da IntraNet da
962 SMS/COVISA e da Internet para o público geral. A partir de 05 de julho de
963 2015, os acidentes passaram a ser registrados no Sistema de Informação para
964 a Vigilância de Acidentes – SIVA.

965 A Portaria, Nº 1102, SMS/COVISA de 20 de junho de 2015 trata da
966 transição de sistemas de notificação de Violências e Acidentes.

967 A Notificação de Violência tem por objetivo, gerar informações para a
968 compreensão desse agravo e apoiar a organização de serviços, a formação e o
969 fortalecimento das redes intra e intersetoriais. A informação gerada pelo setor
970 Saúde possibilita o atendimento às leis municipais, estaduais e federais no que
971 se refere à defesa da garantia de direitos.

972 A atenção às situações de violência requer recursos humanos em
973 permanente qualificação. Para que a Atenção à Saúde aconteça há a
974 necessidade do espaço do encontro, onde as pessoas em situação de violência
975 possam buscar e receber apoio, resgatar suas potências, construir novos
976 significados, buscar alternativas de vida. Isso se faz no setor saúde e com o
977 trabalho intersetorial.

978 É imprescindível na dinâmica da atenção às situações de violência, a
979 possibilidade de enxergar e de "dar visibilidade" ao agravo para possibilitar a
980 proteção, a prevenção e a promoção da saúde. Podemos dizer que o uso da
981 informação é uma das ferramentas e uma das estratégias de trabalho, uma vez
982 que ela cumpre a necessidade de desvelar a violência para possibilitar seu
983 enfrentamento.

984 É importante ressaltar que a Vigilância de Violências não se restringe à
985 coleta de dados e registros nos sistemas de informação, as ações devem
986 ocorrer na articulação dos vários níveis de gestão e de competências da saúde.

987 Quando falamos de violência, estamos, na verdade, nos referindo às
988 diversas formas do agravo. Quando pensamos no recorte por ciclos de vida,
989 podemos falar em violência contra a criança, contra o adolescente, à mulher,
990 ao homem e ao idoso; também podemos fazer o recorte por grupos de maior
991 vulnerabilidade, caracterizando, por exemplo, as situações como violência
992 racial, de gênero e outros ou ainda caracterizar por tipo de violência, como
993 violência doméstica, violência sexual, institucional, autoagressões e tentativas
994 de suicídios. São formas de abordar as especificidades das violências e de
995 investir nos seus enfrentamentos. Temos, portanto, que pensar a vigilância
996 nestes diferentes aspectos, junto com diferentes áreas da SMS e de outros
997 setores, no sentido de deflagrar ações de atenção, proteção e produção da
998 saúde do indivíduo. Já a Vigilância sob a ótica do Coletivo, precisa ser pensada
999 a partir dos territórios, onde as desigualdades sociais propiciam as maiores e
1000 sobrepostas vulnerabilidades. Desta forma a análise da informação ganha vida
1001 na construção de políticas públicas que buscam a integralidade e a equidade.

1002 Tendo como referência a compreensão das Violências como sinônimo
1003 das violações de direitos nos territórios, a informação vinda do processo de
1004 notificação precisa fazer parte de diagnósticos mais amplos, que envolvam as
1005 informações de outros setores, de outras instituições e da população, num

1006 trabalho conjunto, construindo agendas comuns, projetos coletivos,
1007 planejamentos e ações em redes intersetoriais.

1008 A Vigilância em Saúde utiliza a informação como um de seus mais caros
1009 instrumentos, portanto também é trabalho da vigilância buscar qualidade na
1010 informação que produz. Isso se faz por atividade constante de capacitação da
1011 rede de atenção, composta, como já dito anteriormente pela rede de vigilância
1012 e pela rede assistência em saúde, desde a coleta até o monitoramento dos
1013 bancos de dados.

1014 A Vigilância deve, por meio da notificação e de outras informações de
1015 saúde (mortalidade por agravo, dados de internação, pesquisas em saúde e
1016 outros) e da informação de diversos setores, propiciar e disparar processos
1017 necessários à assistência individual e às ações coletivas de apoio à articulação
1018 das Redes de Proteção, Produção e de Promoção da Saúde.

1019

1020 **Ações da Vigilância de Violência**

1021

- 1022 ▪ Utilizar e construir instrumentos capazes de alertar e captar o agravo;
- 1023 ▪ Estabelecer Fluxos;
- 1024 ▪ Garantir os recursos necessários para o registro das situações e
1025 notificação;
- 1026 ▪ Qualificar, analisar e divulgar a informação;
- 1027 ▪ Identificar serviços silenciosos em relação à notificação;
- 1028 ▪ Propiciar e apoiar discussões para ampliar conhecimento sobre a
1029 dinâmica das violências e sobre a correlação com os acidentes, em
1030 grupos específicos (idosos, mulheres, negros, LGBT, etc.), assim como
1031 em territórios específicos;
- 1032 ▪ Melhor desenvolver a definição de suspeita de violência, reunindo os
1033 conceitos da Vigilância em Saúde e do arcabouço técnico e teórico
1034 sobre os diversos tipos de violência;
- 1035 ▪ Fomentar, apoiar, orientar, monitorar e avaliar, em conjunto, o trabalho
1036 em redes;
- 1037 ▪ Apoiar a realização de ações intersetoriais que permitam a construção
1038 de diagnósticos conjuntos (na esfera municipal, regional e local);
- 1039 ▪ Realizar capacitações e treinamentos;

- 1040 ▪ Colaborar com a organização dos serviços;
- 1041 ▪ Incentivar, apoiar e organizar fóruns de discussão;
- 1042 ▪ Fomentar a participação da população (usuários e conselhos) ampliando
- 1043 o debate do tema, trabalhando no foco da Promoção da Saúde;
- 1044 ▪ Colaborar na construção de Políticas Públicas.

1045

1046 **Vigilância de Violência nos Serviços de Saúde**

1047

1048 Na construção da Linha de Cuidado, devemos pensar na organização da

1049 Vigilância dentro dos serviços de saúde. É fundamental que os profissionais

1050 responsáveis pela Vigilância em Saúde do serviço atuem junto com os NPV,

1051 trabalhando com os processos a seguir:

- 1052 1. Notificação: entendida como: a Identificação dos casos; a coleta de
- 1053 dados; a comunicação aos órgãos competentes; o registro no Sistema
- 1054 de Informação, conforme orientações da SMS/COVISA, em consonância
- 1055 com a Portaria MS nº1271 de junho de 2014⁵;
- 1056 2. Organização de Fluxos para a notificação;
- 1057 3. Encaminhamentos necessários para o atendimento adequado e
- 1058 oportuno do agravo nos serviços;
- 1059 4. Utilização de ações oportunas para detecção do agravo na rotina do
- 1060 serviço de saúde;
- 1061 5. Organização de espaços de reuniões, oficinas ou rodas de conversa,
- 1062 com usuários, profissionais e conselheiros de saúde, que permitam a
- 1063 discussão do tema da violência e a possibilidade de seu enfrentamento;
- 1064 6. Atuação nas redes do território de pertencimento do serviço de saúde,
- 1065 com o objetivo de gerar e divulgar informação, a partir das notificações;
- 1066 7. Apoiar e organizar estratégias que propiciem e ampliem a discussão do
- 1067 tema;
- 1068 8. Buscar o entendimento da situação de violência e de seus
- 1069 determinantes, no território e junto com a rede, redimensionar problemas
- 1070 e identificar possibilidades de ações locais;

⁵http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/index.php?p=6073

- 1071 9. Desenvolvimento de projetos locais que possibilitem a participação de
1072 grupos das populações que se espera alcançar, na direção do cuidado,
1073 proteção e promoção da saúde e na prevenção das violências;
- 1074 10. Participação nas atividades propostas pela Supervisão Técnica de
1075 Saúde (STS), Supervisão de Vigilância em Saúde e Área Técnica para a
1076 organização das ações na Unidade de Saúde e no território.

1077

1078 **Detalhando o processo de notificação**

1079

- 1080 ▪ **Identificação:** identificação dos casos, a partir do conhecimento dos
1081 sinais, sintomas, condições e circunstâncias da violência. A escuta
1082 qualificada e o acolhimento são importantes para possibilitar o relato da
1083 situação de violência;
- 1084 ▪ **Coleta de dados:** realizada de forma mais completa possível, conforme
1085 instrutivo SINAN e orientações de COVISA – Informes Técnicos;
- 1086 ▪ **Comunicação do agravo:** elaborar e encaminhar Comunicado dos
1087 casos atendidos, para o conhecimento dos órgãos competentes, para as
1088 medidas necessárias à proteção, defesa, ou para a construção da
1089 informação de grupo específico, visando medidas mais amplas, na
1090 construção de políticas públicas. Ressaltamos que o comunicado dos
1091 casos aos órgãos de proteção social receberá a assinatura institucional
1092 do serviço de saúde que está realizando o atendimento. Uma cópia
1093 deste comunicado deverá ficar anexada à ficha de notificação de
1094 violência. Caso necessário, pode ser elaborado relatório mais detalhado
1095 com informações técnicas para subsidiar as ações. É importante que
1096 esse trabalho seja realizado a partir de pactuações e das ações locais e
1097 intersetoriais.
- 1098 ▪ **Registro:** preenchimento da ficha, a partir da investigação da situação
1099 de violência. Registro na Ficha e no SINAN (para unidades que tem
1100 acesso ao Sistema) ou encaminhamento da ficha à SUVIS de referência
1101 da Unidade;

1102

1103 **Notificação Compulsória Imediata (realizada em até 24 horas): para**
1104 **Violência Sexual e Autoagressão/ Tentativa de Suicídio.**

1105 **Notificação Compulsória Semanal (em até uma semana): para as demais**
1106 **violências.**

1107

1108 **A Interface da Vigilância de Violências e da Vigilância das Intoxicações**
1109 **Exógenas no SINAN**

1110

1111 Os agravos de notificação compulsória, Violência e Intoxicação
1112 Exógena, têm uma correlação de circunstâncias importante no que diz respeito
1113 às intoxicações que são decorrentes da circunstância da exposição suspeitas
1114 de agressão de terceiros e autoagressão, quando estão envolvidas substâncias
1115 químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos
1116 e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas,
1117 alimentos e bebidas).

1118 No campo 55 da Ficha de Investigação Epidemiológica de Intoxicação
1119 Exógena do SINAN, que é o sistema de informação nacional utilizado para
1120 notificação compulsória do agravo intoxicação exógena, o notificante deve
1121 informar a circunstância da exposição/contaminação, motivo ou razão que
1122 proporcionou o contato do paciente com o agente tóxico, sendo que essas
1123 circunstâncias podem estar associadas a uma Violência.

1124 As circunstâncias que constam da Ficha de investigação de Intoxicação
1125 Exógena (FIEE) são:

- 1126 1. Uso habitual;
- 1127 2. Uso acidental;
- 1128 3. Uso ambiental;
- 1129 4. Uso terapêutico;
- 1130 5. Erro de prescrição;
- 1131 6. Erro de administração;
- 1132 7. Automedicação;
- 1133 8. Abuso;
- 1134 9. Ingestão de alimentos ou Bebidas (excluindo-se bebidas não alcoólicas
1135 e Doenças Transmitidas por Alimentos – DTA);
- 1136 10. Tentativa de suicídio;
- 1137 11. Tentativa de aborto/Abortamento por substância química;
- 1138 12. Violência/Homicídio;

1139 13.Outra: casos que não puderem ser classificados nos anteriores;

1140 14.Ignorada: quando a circunstância da exposição não pode ser
1141 determinada.

1142 Nos casos em que houver a correlação de circunstâncias (violência e
1143 intoxicação), torna-se necessária a notificação da ocorrência nas duas Fichas
1144 de Investigação Epidemiológica (FIE) do SINAN: FIE de Violência e FIE de
1145 Intoxicação Exógena.

1146

1147 **Vigilância das Intoxicações**

1148

1149 O Programa Municipal de Prevenção e Controle das Intoxicações
1150 Exógenas (PMPCI), como subgerência da Gerência do Centro de Controle de
1151 Doenças (GCCD), da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), é o
1152 Órgão responsável pela Vigilância em Saúde/SMS, no Município de São Paulo,
1153 foi criado em outubro de 2010, tendo como integrante em seu organograma o
1154 Centro de Controle de Intoxicações – CCI, atualmente localizado no Hospital
1155 Municipal Artur Ribeiro Saboya.

1156 O PMPCI desenvolveu o Manual de Vigilância das Intoxicações para o
1157 Município de São Paulo⁶, com a finalidade de organizar as ações de vigilância
1158 em saúde quanto ao atendimento, acompanhamento, notificação e
1159 investigação dos casos, assim como padronizar o registro de dados nos
1160 instrumentos de notificação e investigação dos casos suspeitos de intoxicação,
1161 uma vez que a produção da informação adequada subsidia processos de
1162 planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento de medidas de controle
1163 para esse importante agravo de notificação compulsória no Município de São
1164 Paulo.

1165 A rede de Serviços de Saúde do Município de São Paulo (públicos e
1166 privados) já tem a informação da obrigatoriedade de, nos casos suspeitos de
1167 agressão por terceiros e autoagressão com substâncias químicas, notificarem
1168 nas duas fichas SINAN (Violência e Intoxicações Exógenas) e encaminhar para

⁶ Acessar o Manual de Vigilância do Programa Municipal de Prevenção e Controle das Intoxicações em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/manual_pmpci_1348855965.pdf

1169 a Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS). No entanto, ainda existe uma
1170 grande subnotificação desses agravos, o que torna importante a convergência
1171 de esforços para a detecção e registro dessas ocorrências, sobretudo, para
1172 que também sejam tomadas medidas oportunas de intervenção.

Documento em elaboração

1173 6. Atendimento às pessoas em situação de risco ao suicídio

1174

1175 O comportamento suicida vem se tornando um grave problema de saúde
1176 pública, pois quase um milhão de pessoas morrem a cada ano por suicídio no
1177 mundo. Este comportamento vem crescendo em termos numéricos e quanto ao
1178 impacto que causa a nível social e ao setor da saúde.

1179 Trata-se de um fenômeno complexo que envolve muitas pessoas além
1180 das vítimas como familiares, amigos, locais de trabalho, escolas, profissionais
1181 de saúde e de outros setores. É cercado de situações incômodas que
1182 envolvem sentimentos de impotência, o preconceito, medo e outros. São
1183 diversas as situações de vulnerabilidade para o suicídio que merecem atenção
1184 e está relacionado a múltiplos fatores (biológicos, genéticos, psicológicos,
1185 sociais, culturais e ambientais).

1186 O Município de São Paulo teve em média 953 óbitos por suicídio por ano
1187 entre 2008 a 2013. Há um predomínio surpreendente no sexo masculino (85%)
1188 e 50% dos óbitos ocorre na faixa etária de 20 a 39 anos.

1189 Com intuito de reduzir as taxas e tentativas de suicídios bem como os
1190 danos associados aos comportamentos suicidas e o impacto traumático para
1191 além da vítima, no final de 2005 o Ministério da Saúde montou um grupo de
1192 trabalho para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com
1193 representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das
1194 universidades. Em 14 de agosto de 2006 foi publicada a portaria 1.876, que
1195 instituiu diretrizes nacionais para prevenção do suicídio.

1196 Dentre os principais objetivos a serem alcançados destacam-se:

- 1197 1. Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de
1198 prevenção de danos;
- 1199 2. Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de
1200 saúde pública que pode ser prevenido;
- 1201 3. Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos
1202 de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da
1203 rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- 1204 4. Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da
1205 Atenção Básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços

1206 de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo
1207 com os princípios da integralidade e da humanização.

1208 As estatísticas provam também que aquele que tentou uma vez, se não
1209 tiver apoio para (re)valorizar a vida, tentará de novo, até que haja uma última
1210 tentativa: a fatal. A pessoa que se mata dá muitos avisos diretos ou indiretos,
1211 até camuflados, antes de consumir o fato. Está provado que, de dez pessoas
1212 que se matam, oito deram algum sinal que, se compreendido a tempo, poderia
1213 ter ajudado a iniciar um processo de revalorização da sua vida. (Violência faz
1214 mal à Saúde, MS DF - 2006).

1215 Desta forma, é necessário desenvolver ações de vigilância, prevenção e
1216 controle de forma integral.

1217 A compilação de vários estudos realizados pela OMS mostrou que mais
1218 de 90% dos suicídios podem ser feitos um diagnóstico de transtorno mental. Os
1219 quadros clínicos mais frequentes são depressão, transtorno afetivo bipolar;
1220 dependência de substâncias químicas notadamente álcool. As equipes de
1221 atenção básica por estarem em contato mais próximo e duradouro com a
1222 comunidade, estão em posição privilegiadas para:

- 1223 a. Detecção precoce dos transtornos mentais
- 1224 b. Avaliação da rede de proteção social e estratégias para reforçar esta rede
- 1225 c. Mapeamento das condições ambientais, clínicas, familiares, financeiras,
1226 psicológicas e de trabalho dos indivíduos nos quais é detectado risco de
1227 suicídio
- 1228 d. Promover tratamento quando indicados
- 1229 e. Encaminhar casos selecionados a um serviço de saúde mental

1230

1231 **Fatores de risco**

- 1232 ▪ História de tentativas anteriores;
- 1233 ▪ Transtornos mentais, como depressão, alcoolismo, sexo masculino;
- 1234 ▪ Faixa etária (15 a 45 e acima de 75);
- 1235 ▪ Desemprego;
- 1236 ▪ Perdas recentes;
- 1237 ▪ Solidão, apatia, isolamento;
- 1238 ▪ Migrantes;

- 1239 ▪ Doenças orgânicas incapacitantes;
- 1240 ▪ Aposentados;
- 1241 ▪ Personalidade impulsiva, agressivo humor instável;
- 1242 ▪ Vivência de situação violência, de vulnerabilidade;
- 1243 ▪ Fatores psicológicos como baixa resistência, frustração perdas recentes;
- 1244 ▪ Fatores ambientais tais como estressores, acesso a meios letais e
- 1245 exposição de casos na mídia.

1246

1247 **Abordagem**

1248 O contato inicial é muito importante. A equipe de saúde deve buscar um
1249 local físico que possibilite acolher o usuário, demonstrando empatia e o não
1250 julgamento, através de uma escuta qualificada, buscando estabelecer vínculo.
1251 Além de evitar interrupções frequentes, e comentários invasivos.

1252 Quando a equipe de saúde suspeita de que existe a possibilidade de um
1253 comportamento suicida os seguintes aspectos necessitam ser avaliados;

- 1254 a) Estado mental
- 1255 b) O plano suicida
- 1256 c) Se existe sistema de apoio social (família amigos)

1257

1258 **Notificação**

1259 Quanto à tentativa de suicídio, justifica-se a inclusão desse agravo na
1260 lista de agravos de **notificação imediata** pelo município, considerando a
1261 importância de tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e
1262 vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a
1263 prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize, pois as estatísticas
1264 demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes.

1265 É imprescindível articular a notificação do caso à vigilância
1266 epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento, seja via
1267 ficha de notificação imediata da tentativa de suicídio, e-mail ou telefone (com
1268 envio posterior da ficha de notificação) com o encaminhamento da pessoa para
1269 a rede de atenção à saúde. Isso inclui acionamento da rede de vigilância,
1270 prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde
1271 mental, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso.

1272 Para medidas de prevenção, é importante que todos profissionais fiquem
 1273 atentos aos sinais que indicam que uma pessoa possa estar vulnerável à
 1274 tentativa de suicídio, como: tentativas anteriores de suicídio, transtorno mental,
 1275 doenças graves, isolamento social, ansiedade e desesperança, crise conjugal e
 1276 familiar, situações de luto, perda ou problemas no emprego e facilidade de
 1277 acesso aos meios. O suicídio é a expressão final de um processo de crise. É
 1278 importante também sensibilizar profissionais de outros setores, tais como:
 1279 educação, segurança pública, assistência social e a população em geral sobre
 1280 esse problema de saúde, com vistas a preveni-lo.

Risco	Características	Ação	Encaminhamentos
Baixo	Pensamento como “eu não consigo continuar” “eu gostaria de estar morto”, mas não fez os planos do ato.	Apoio emocional; trabalhar sentimentos suicidas, identificar situações resolvidas pelas pessoas sem recorrer ao suicídio.	Encaminhar p/ profissional de saúde mental ou outro que saiba manejar.
Médio	Pensamentos e planos, mas não para execução imediata.	Idem anterior; trabalhe a ambivalência (entre viver e morrer); explore alternativa ao suicídio, faça um contato de não cometer o ato sem que se comunique com a equipe.	Agendar imediatamente consulta com psiquiatra e psicólogo.
Alto	Plano definido, meios para fazê-los e imediatamente.	Nunca deixar a pessoa sozinha; gentilmente tente remover as pílulas, faca, arma, enfim os meios que possam contribuir para o intento.	Contate com profissional de saúde mental ou medico e providenciar ambulância e hospitalização. Informar a família sobre o risco e reafirmar o apoio.

1281
 1282 Tabela 01 - Manejo de situações que envolvem intenção de suicídio. Extraído do Manual para
 1283 atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF- Secretaria de Estado de
 1284 Saúde DF-2009

1285 Como perguntar

1286 Desde o início procurar estabelecer um vínculo que garanta a confiança e a
1287 colaboração do paciente, pois este pode ser um momento em que ele se encontra
1288 enfraquecido, hostil e nem sempre está disposto a colaborar. Deve-se respeitar as
1289 condições emocionais e a situação e vida que levou a pensar sobre o suicídio, sem
1290 julgamento moral em uma atitude de acolhimento.

1291 Algumas questões são úteis:

- 1292 ▪ Você se sente triste?
- 1293 ▪ Você sente que a vida não vale a pena?
- 1294 ▪ Você sente que ninguém se preocupa com você?
- 1295 ▪ Já pensou que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer?

1296 Quando perguntar

1297 Desde o primeiro contato você já vai criando um momento para isto. Não
1298 existe uma única fórmula, cada caso é diferente do outro, porém algumas sugestões:

- 1299 ▪ quando percebe que a pessoa tem o sentimento de estar sendo compreendida;
- 1300 ▪ quando a pessoa está falando sobre seus sentimentos;
- 1301 ▪ quando está falando sobre seus sentimentos negativos como solidão e
1302 desamparo.

1303 O que perguntar

- 1304 ▪ Você tem algum plano de acabar com sua vida?
- 1305 ▪ Você tem umas ideias de como fazê-lo?
- 1306 ▪ Você possui pílulas ou arma, veneno ou outros meios?
- 1307 ▪ Os meios são facilmente disponíveis para você?
- 1308 ▪ Você decidiu quando acabar com a sua vida?
- 1309 ▪ Quando você está planejando fazê-lo?

1310 Todas estas questões necessitam ser perguntadas com cuidado, preocupação
1311 e compaixão.

1312 Procedimentos

- 1313 ▪ Orientar família;
- 1314 ▪ Encaminhar para Rede Saúde
- 1315 ▪ Proteção Social

1316

1317 7. Atendimento às pessoas em situação de violência sexual

1318

1319 A violência sexual é uma violação dos direitos sexuais, que se traduz pelo
1320 abuso e/ou exploração do corpo e da sexualidade seja pela força ou outra forma de
1321 coerção.

1322 Abaixo elencamos algumas formas com que a violência sexual se manifesta⁷:

1323 ▪ **Violência sexual extrafamiliar com autor desconhecido:**

1324 Neste caso, a violência sexual geralmente ocorre uma única vez, de forma
1325 abrupta, e o abuso é acompanhado de violência física. Como há ausência de
1326 qualquer vínculo com o autor, a quebra do silêncio por parte da pessoa em situação
1327 de violência e de sua família é impulsionada e, por isso, a denúncia acontece mais
1328 facilmente. Acomete mais frequentemente adolescentes do sexo feminino e a
1329 maioria dos casos acontece fora do ambiente doméstico, sendo comuns as
1330 situações em que ocorre penetração vaginal, anal ou oral.

1331 ▪ **Violência sexual extrafamiliar com autor conhecido:**

1332 Pode ocorrer mais de uma vez e tende a acontecer de forma gradual, ou seja,
1333 as atividades sexuais praticadas vão se tornando gradativamente mais intensas, até
1334 culminar com a relação sexual com penetração. Geralmente vem acompanhada de
1335 ameaças verbais e/ou de sedução, fazendo com que a pessoa em situação de
1336 violência mantenha o silêncio por medo, vergonha ou para se proteger, ou mesmo
1337 para proteger a família ou o próprio autor.

1338 ▪ **Violência sexual intrafamiliar:**

1339 Ocorre entre membros de uma mesma família que tenham algum grau de
1340 parentesco ou afinidade. É mais frequente dentro do ambiente doméstico, mas pode
1341 ocorrer também em outros espaços. A resistência para quebra do silêncio é mais
1342 intensa em decorrência do vínculo entre os envolvidos. É importante sempre lembrar
1343 que nestes casos todos os familiares estão direta ou indiretamente envolvidos, não
1344 existindo uma única relação exclusiva entre autor e vítima. Esse tipo de violência
1345 também ocorre de forma gradual.

1346 ▪ **Exploração sexual:**

⁷ Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

1347 Pressupõe uma relação de mercantilização, onde o sexo é fruto de uma troca,
1348 seja ela financeira, de favores ou presentes. A exploração sexual pode se relacionar
1349 a redes criminosas mais complexas e pode envolver um aliciador, que lucra
1350 intermediando a relação da pessoa com o cliente. Uma série de fatores pode
1351 favorecer esse tipo de violência. Entre eles encontramos questões de gênero,
1352 étnicas, culturais, a erotização do corpo pela mídia, consumo de drogas, disfunções
1353 familiares, baixa escolaridade, vulnerabilidade social. Contudo, devemos lembrar
1354 que a violência sexual acontece em todos os meios e classes sociais.

1355 **▪ Assédio Sexual:**

1356 Inclui uma aproximação sexual não bem-vinda, uma solicitação de favores
1357 sexuais ou qualquer conduta física ou verbal de natureza sexual. Por exemplo,
1358 quando existe uma pressão sobre a vítima se submeter sexualmente de alguma
1359 forma por estar hierarquicamente abaixo ao autor de violência ou por se sentir
1360 coagida em um ambiente desagradável por ser de seu sexo específico.

1361

1362 **Exposição sexual às IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis⁸**

1363 A prevalência das IST em situações de violência sexual é elevada e parcela
1364 significativa das infecções genitais decorrentes de violência sexual pode ser evitada,
1365 como gonorreia, sífilis, infecção por clamídia e tricomoníase com o uso de
1366 medicamentos de reconhecida eficácia. Destaca-se que a violência sexual,
1367 independentemente do sexo e da idade, deve ser considerada uma prioridade na
1368 assistência, devido aos danos psicossociais, à gravidez indesejada e à aquisição de
1369 IST/HIV e complicações.

1370

1371 **Prevenção das IST na violência sexual**

1372 Em âmbito nacional, destaca-se a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o
1373 atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, e
1374 ainda as Leis de Notificação Compulsória no caso de violência contra mulheres,
1375 crianças, adolescentes e pessoas idosas atendidas em serviços de saúde públicos
1376 ou privados (Lei nº 10.778/2003, Lei nº 8.069/1990, Lei nº 10.741/2003), a Lei Maria
1377 da Penha (Lei nº 11.340/2006), entre outros.

⁸ Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis – Relatório de Recomendações – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Abril de 2015 – Ministério da Saúde/DF

1378 O estupro é definido como o ato de constranger alguém, mediante violência
1379 ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se
1380 pratique outro ato libidinoso, sendo crime previsto no artigo 213 do Código Penal
1381 Brasileiro. A real frequência desse ato criminoso é desconhecida porque as vítimas
1382 hesitam em informar, devido à humilhação, medo, sentimento de culpa e
1383 desconhecimento sobre as leis.

1384 O atendimento à vítima de estupro é complexo, necessitando idealmente de
1385 cuidados de uma equipe multidisciplinar familiarizada com casos similares. Quando
1386 praticado durante a gravidez representa fator de risco para saúde da mulher e do
1387 feto, por aumentar a possibilidade de complicações obstétricas, abortamento e de
1388 RN de baixo peso.

1389 O medo de ter contraído infecção pelo HIV aumenta a ansiedade das pessoas
1390 expostas. Os pacientes devem ser informados sobre a necessidade de:

- 1391 ▪ Atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- 1392 ▪ Providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe
1393 pode ser negado atendimento;
- 1394 ▪ Profilaxia da gravidez, das IST não virais e do HIV;
- 1395 ▪ Vacinação e imunização passiva para HBV;
- 1396 ▪ Coleta imediata de material para avaliação do status sorológico de sífilis, HIV,
1397 HBV e HCV, para seguimento e conduta específica;
- 1398 ▪ Agendamento do retorno para seguimento sorológico após 30 dias, e
1399 acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, se necessário.

1400 A prevalência de IST em situações de violência sexual é elevada, e o risco de
1401 infecção depende de diversas variáveis, como o tipo de violência sofrida (vaginal,
1402 anal ou oral), o número de agressores, o tempo de exposição (única, múltipla ou
1403 crônica), a ocorrência de traumatismos genitais, a idade e a susceptibilidade da
1404 mulher, a condição himenal e a presença de IST ou úlcera genital prévia.

1405 No atendimento à mulher, que corresponde à maioria dos casos de violência
1406 sexual, devem ser colhido material de conteúdo vaginal para diagnóstico de
1407 Tricomoníase, Gonorreia e Clamídia. Além disso, devem-se coletar outros materiais,
1408 como fragmentos das vestes, para comparação com DNA do agressor.

1409 A profilaxia das IST não virais está indicada nas situações de exposição com
1410 risco de transmissão, independente da presença ou gravidade das lesões físicas e
1411 idade. Gonorreia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancroide podem ser
1412 prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Algumas IST
1413 virais, como as infecções por HSV e HPV, ainda não possuem profilaxias
1414 específicas.

1415 Diferente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das
1416 IST não virais pode ser eventualmente postergada, em função das condições de
1417 adesão, mas recomenda-se que seja realizada imediatamente, sempre que possível.

1418 Não deverão receber profilaxia pós-exposição sexual os casos de violência
1419 sexual em que ocorra exposição crônica e repetida, situação comum em violência
1420 sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino,
1421 durante todo o crime sexual.

1422

1423 **Profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual**

1424 O esquema de associação de medicamentos para a profilaxia das IST não
1425 virais em vítimas de violência sexual encontra-se no quadro abaixo. A profilaxia para
1426 as IST não virais durante a gravidez está indicada em qualquer idade gestacional.

IST	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45kg, incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45kg
Sífilis (sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária)	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas (dose total 7,2 milhões UI)	50 mil UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona	500 mg, 1 ampola, IM, dose única	125mg, IM, dose única
Infecção por Clamídia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)	20mg/kg peso, VO, dose única (dose máxima total 1 g)
Tricomoníase	Metronidazol*	500mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total 2g)	15mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g)
Notas: * Em indivíduos com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos acima, devem-se utilizar drogas alternativas, conforme exposto nos capítulos específicos. * A administração profilática do metronidazol e as alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Também deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e de profilaxia antirretroviral. * Não poderá ser utilizado no primeiro trimestre de gestação.			

Fonte: DDAHV/SVS/MS

1427

1428

Quadro 1 - Profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual.

1429

1430 As crianças apresentam maior vulnerabilidade às IST devido à imaturidade
1431 anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. O diagnóstico de

1432 uma IST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual e deve ser
1433 investigado.

1434

1435 **Profilaxia da hepatite B em vítimas de violência sexual**

1436 Os indivíduos em situação de violência sexual também devem receber dose
1437 única de Imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB), 0,06 ml/kg, IM, dose
1438 única, em extremidade diferente da vacina e se a dose da vacina ultrapassar cinco
1439 ml deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAB pode
1440 ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se
1441 recomende o uso nas primeiras 48 horas, e está disponível nos CRIE.

1442 A vacina para hepatite B deve ser aplicada no músculo deltoide ou na região
1443 do vasto lateral da coxa. O MS recomenda o uso de IGHAB em todas as pessoas
1444 em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal
1445 incompleto. Como a vacinação para hepatite B já está incluída no calendário vacinal,
1446 deverá ser considerada a imunização de crianças não vacinadas previamente. A
1447 imunização para a hepatite B e o uso de IGHAB está indicada na gestação, em
1448 qualquer idade gestacional.

1449

1450 Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B:

1451  casos de violência sexual em que o indivíduo apresente exposição crônica e
1452 repetida;

1453  situação frequente em casos de violência sexual intrafamiliar;

1454  indivíduos cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso
1455 de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.

1456

1457 **Prevenção da Gravidez Não Planejada**

1458 De acordo com o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128,
1459 inciso II do Código Penal brasileiro, o abortamento é permitido quando a gravidez
1460 resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual.

1461 A possibilidade de concepção em um coito desprotegido em qualquer fase do
1462 ciclo menstrual é de 2% a 4%, sendo esse risco aumentado no período fértil.

1463 Recomenda-se, como primeira escolha, o uso de progestágeno puro
1464 (levonorgestrel 0,75 mg/comprimido, 2 comprimidos, VO, dose única ou 1
1465 comprimido, VO a cada 12 horas).

1466 O método de Yuzpe, segunda opção, consiste na administração oral da
1467 associação de estrogênios e progestagênios. Prescreve-se anticoncepcional
1468 hormonal oral contendo etinilestradiol 50mg/levonorgestrel 250mg por comprimido, 2
1469 comprimidos VO, a cada 12 horas ou 4 comprimidos VO dose única, ou
1470 anticoncepcionais orais com etinilestradiol 30mg/levonorgestrel 150mg por
1471 comprimido, usando-se 4 comprimidos VO, a cada 12 horas ou 8 comprimidos VO
1472 dose única.

1473

1474 **Todos os esquemas deverão ser iniciados o mais precocemente possível,**
1475 **preferencialmente em até 72 horas, excepcionalmente até 120h após a**
1476 **violência sexual.**

1477

1478 **Profilaxia da Infecção pelo HIV**

1479 As informações sobre a profilaxia pós-exposição ao HIV encontram-se
1480 disponíveis no endereço www.aids.gov.br/pcdt.

1481 8. Cuidado em relação aos ofensores

1482

1483 Não existe fundamento científico para afirmar que a natureza humana é
1484 violenta. O homem não é naturalmente violento e egoísta. Também não existe
1485 certeza de que o homem não nasce espontaneamente solidário e gentil. A violência
1486 e a solidariedade são atributos e possibilidades da condição humana, e são
1487 fenômenos que recebem influência da história, da cultura, da economia, das
1488 religiões e da educação.

1489 Humanos são violentos e cruéis em uma determinada situação, e podem agir com
1490 gentileza e amorosidade em contextos diferentes. A mesma pessoa pode cometer
1491 uma atrocidade, e num momento seguinte, sacrificar a própria vida para salvar seu
1492 semelhante. Somos o produto de um conjunto heterogêneo, ambíguo, contraditório
1493 de pensamentos, emoções, crenças, valores, representações, que são difíceis de
1494 definir e de controlar.

1495 As escolhas realizadas, com frequência, se dão de forma impulsiva,
1496 automática, e inconsciente. Muitos se iludem que estão dirigindo suas vidas quando
1497 na verdade estão repetindo modelos de pensar e agir sem consciência. As crianças
1498 aprendem copiando os mais velhos, e os adultos seguem repetindo atitudes por
1499 meio da imitação.

1500 Se uma cultura legitima a violência, existe estímulo e justificativa para usar
1501 das estratégias violentas nas relações de conflito. Se o desejo é conviver num
1502 ambiente mais gentil teremos que cultivar os elementos geradores de mais gentileza
1503 nos relacionamentos.

1504 O trabalho desenvolvido pela saúde pública reflete os problemas e os
1505 conflitos presentes em nossa cultura. Ele é principalmente dirigido para as vítimas
1506 da violência. Infelizmente, ainda são incipientes as ações destinadas aos ofensores.

1507 Em geral, os profissionais de saúde tendem a se identificar muito mais com as
1508 vítimas em função de sua condição de maior vulnerabilidade. Por outro lado, os
1509 profissionais frequentemente revelam um movimento de rejeição e culpabilização
1510 dos agressores.

1511 Para ver e analisar a complexidade do cuidado em relação aos agressores é
1512 preciso se colocar a uma distância mínima que permita uma visão mais clara e
1513 fidedigna dos determinantes envolvidos nesse desafio. Usualmente, a pessoa muito
1514 envolvida emocionalmente acaba encurtando essa distância em função de

1515 identificação intensa com o problema. O observador que analisa de muito perto
1516 tende a perder a visão mais geral do todo, e acaba tomando a parte pela totalidade,
1517 distorcendo a compreensão da situação. A emoção e o desejo interferem no olhar,
1518 colocando o sujeito nas armadilhas do problema.

1519 Muitas vezes não se consegue dar alguns passos para trás na busca desse
1520 espaço mínimo de análise e observação. O sujeito fica colado na cena, mobilizado
1521 pela emoção e pelos interesses pessoais.

1522 Cuidar dos ofensores pode desempenhar um papel fundamental na
1523 transformação da situação violenta em uma determinada família ou relação. Além
1524 disso, essa tarefa contribui significativamente para a potência das políticas públicas
1525 na medida em que é capaz de prevenir novos atos violentos e mudar padrões de
1526 comportamento.

1527 Um estudo da OMS realizado com 56 programas que atuam com homens
1528 autores de violência (HAV) nos cinco continentes detectou que os três principais
1529 temas presentes são: a influência da dimensão de gênero na construção das
1530 masculinidades, com especial ênfase para a relação entre homens e violência; a
1531 distinção entre relacionamentos íntimos saudáveis e não-saudáveis, e formas não-
1532 violentas de resolução de conflitos (ROTHMAN et al., 2003).

1533 Apesar de estudos e pesquisas que aliam homens e masculinidades ao tema
1534 da violência contra a mulher estarem crescendo, ainda observamos o predomínio de
1535 uma visão de que a punição e prisão dos homens é o dispositivo que pode melhor
1536 responder à segurança das mulheres.

1537 A perspectiva de gênero tem sido comumente utilizada para responder e
1538 atuar, na medida em que ela traz subsídios importantes para a reflexão sobre o
1539 desafio de envolver a população masculina em ações voltadas ao cuidado – tanto de
1540 si quanto dos outros. (SCHRAIBER et al., 2005).

1541 Desta forma, acredita-se que uma transformação real das relações violentas
1542 só será atingida com o envolvimento tanto de homens como de mulheres
1543 (SAFFIOTI, 2004). Contudo, trazer os homens para esse campo de atuação
1544 apresenta novos desafios, sendo o principal, garantir que o trabalho direcionado às
1545 mulheres em situação de violência não seja prejudicado (GREIG, 2001; LA ING,
1546 2002).

1547 Mulheres também podem ser violentas. Várias pesquisas apontam para as
1548 grandes proporções com que a violência ocorre na infância, apesar de subestimada

1549 oficialmente em todo o mundo. No que diz respeito aos agressores, um estudo
1550 verificou que a mãe foi o agressor que contribuiu com a maior prevalência para a
1551 negligência (60,7%); o pai contribuiu com 37,6%, o padrasto com 24,3% e outros
1552 familiares com 25,7% (MIAN, 2004).

1553 A respeito da violência praticada pelas mães, considera-se que as agressões
1554 físicas e psicológicas são remanescentes de uma cultura que compreende os
1555 castigos ou punições, físicas ou psicológicas, como recursos de socialização e
1556 práticas educativas.⁷

1557 Autores concordam que a violência intrafamiliar é frequentemente justificada
1558 pelos agressores como forma de educar e corrigir transgressões de comportamento.
1559 ⁷⁻⁹

1560 O espaço de interação entre mães e filhos recebe influência de uma
1561 multiplicidade de fatores que favorecem a expressão da violência: pobreza, relações
1562 conflitantes do casal, uso de álcool e drogas, vivência de violência conjugal na
1563 infância, vivência de abuso infantil. A este respeito, considera-se que a tendência
1564 atual dos pesquisadores é de considerar que a interação de diferentes fatores
1565 pessoais, situacionais e socioculturais para é responsável para provocar o abuso. ¹⁰

1566 Frequentemente agressores relatam experiências na infância de violência
1567 conjugal entre adultos, abuso físico ou psíquico, consumo abusivo de bebidas
1568 alcoólicas e/ou drogas. Como fatores socioculturais, destaca-se a pobreza como um
1569 fator significativo de risco.

1570 A dependência das mulheres é um dos determinantes que favorecem a
1571 expressão da violência, através do aumento da agressividade e da presença de
1572 atitudes negligentes com os filhos¹¹. Essa realidade é comum nas famílias de
1573 crianças em condição de abrigo por ordem judicial.

1574 É fundamental conhecer o contexto familiar e social e a história de vida de
1575 cada agressor. Os profissionais de saúde devem sempre buscar mediar os conflitos
1576 e trabalhar na direção da recuperação dos vínculos.

1577 9. Áreas técnicas

1578 9.1. Saúde da Mulher

1579

1580 A violência doméstica é um tema que vem sendo a cada dia mais abordado
1581 como uma questão de saúde. Entretanto dado à complexidade do fenômeno muitos
1582 profissionais muitos profissionais desta área têm sérias dúvidas sobre a
1583 oportunidade de se trabalhar um problema desta natureza em uma rede de serviços
1584 de saúde, geralmente pública, para a qual é referida a maioria das propostas, e
1585 bastante sobrecarregada. Realmente, os profissionais têm muito pouco
1586 conhecimento acerca do que fazer nestes casos, já que a sua formação raramente
1587 inclui algum conhecimento técnico específico sobre o tema.

1588 Intervir em situações de violência não é tarefa exclusiva das esferas jurídica,
1589 policial, psicossocial, mas é também da área de saúde, pois há sofrimentos e
1590 adoecimentos que acometem as vítimas de violência, alterando sua saúde. Além
1591 disso, em razão do papel feminino, ainda hoje quase que exclusivo, na educação e
1592 cuidado das crianças e dos idosos no âmbito doméstico, a mulher ocupa posição
1593 também central para lidar com a saúde deles e mulheres vítimas de violência
1594 tendem a ser, como mostra a literatura, mais negligentes no cuidado de si e dos
1595 demais sob sua responsabilidade.

1596 Há diversas propostas em andamento, no plano internacional e no Brasil, para
1597 estabelecer protocolos de atenção específica para violência contra a mulher e/ou
1598 intrafamiliar, já que esta forma de violência é uma situação muito frequente e tem
1599 importantes repercussões para os direitos humanos e o processo de saúde
1600 adoecimento das pessoas. Existem várias ações simples que os profissionais podem
1601 tomar para apoiar os direitos humanos das pessoas e colocar-se contra a violência.

1602 A violência doméstica é uma triste realidade que atinge homens, mulheres e
1603 crianças, e que necessita uma abordagem global. Teremos como foco neste texto as
1604 mulheres que sofrem violência doméstica. Esta é a forma mais frequente de
1605 violência sofrida pelas mulheres, ao contrário dos homens, cuja principal forma é
1606 aquela cometida no espaço público por conhecidos ou estranhos. As mulheres são
1607 também as principais usuárias de serviços de saúde, especialmente aqueles de
1608 atenção primária, que devem dar uma resposta adequada a esta questão.

1609 Estaremos, portanto, tratando aqui apenas de uma parte do problema
1610 violência doméstica (a que diz respeito às mulheres) e uma parte da violência contra
1611 as mulheres (a doméstica).

1612 Atender a essas mulheres que sofrem violência é zelar pelos Direitos
1613 Humanos e valorizar, no espaço da Saúde, a realização desses Direitos. Promover
1614 os Direitos Humanos é, neste caso, a melhor forma de garantir a saúde e os
1615 profissionais de saúde estão em uma posição privilegiada para esta tarefa.

1616

1617 **Violência sexual enquanto problema de saúde pública**

1618 A violência sexual é um fenômeno universal que atinge, indistintamente,
1619 mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas.

1620 A incidência de violência sexual é variável. Estima-se que nos EUA uma em
1621 quatro mulheres sofrerão alguma forma de violência sexual durante a vida. Cerca de
1622 680.000 casos de estupro ocorrem por ano nos EUA, sendo que apenas 10 a 20%
1623 deles sejam denunciados. Faúndes em estudo na região de Campinas em 2000,
1624 encontrou que 7% das mulheres referiram já terem sido estupradas, 23%
1625 responderam que haviam praticado sexo sob coerção ou constrangimento, 32%
1626 realizaram sexo contra sua vontade por se sentirem obrigadas e apenas 38%
1627 somente haviam praticado sexo apenas de livre e espontânea vontade. Dados de
1628 2005, da Sec. Nacional de Segurança Pública, coletados de ocorrências registradas
1629 pela Polícia Civil em todo o Brasil acusaram 26.000 crimes sexuais, determinando
1630 uma taxa de 16,3 estupros/100.000 hab. e 5,9 atentados violentos ao pudor/100.000
1631 hab.

1632 A prevalência é maior em grupos de maior vulnerabilidade, tais como, crianças
1633 em abandono, adolescentes e deficientes mentais. A subnotificação, reflexo da
1634 relutância e do constrangimento da mulher em denunciar o ocorrido, decorre de
1635 inúmeros fatores. Teme-se o interrogatório policial, o atendimento do IML, a
1636 divulgação pela imprensa e a ameaça de vingança do agressor. A mulher teme,
1637 principalmente, não ser acreditada. Em nosso meio, admite-se que apenas entre 10
1638 a 20% dos casos que realmente acontecem, cheguem ao conhecimento das
1639 autoridades competentes.

1640 As consequências biopsicossociais são difíceis de mensurar, embora afetem a
1641 maioria das vítimas e suas famílias. Na esfera emocional, a violência sexual produz
1642 efeitos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis. Para a saúde, os danos

1643 do abuso sexual são expressivos, com particular impacto sobre a saúde sexual e
1644 reprodutiva.

1645 A gravidez, decorrente do estupro, se destaca pela complexidade de reações e
1646 sentimentos que provoca, tanto para a vítima como para a sociedade. Geralmente é
1647 encarada como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres.
1648 Para completar o preocupante quadro, grande parte das sobreviventes da violência
1649 sexual é infectada por DST/Aids, somando-se severas consequências físicas e
1650 emocionais.

1651

1652 SINAIS E SINTOMAS

1653

1654 Alguns sintomas mostram-se de forma constante associado à violência contra
1655 mulher. Entre eles pode-se destacar (*Caderno de Violência Doméstica e Sexual*
1656 *Contra a Mulher — SMS-SP, 2007*):

- 1657 ▪ Transtornos crônicos, vagos e repetitivos;
- 1658 ▪ Entrada tardia no pré-natal;
- 1659 ▪ Companheiro muito controlador; reage quando separado da mulher;
- 1660 ▪ Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- 1661 ▪ Dor pélvica crônica;
- 1662 ▪ Síndrome do intestino irritável;
- 1663 ▪ Transtornos na sexualidade;
- 1664 ▪ Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição;
- 1665 ▪ Depressão;
- 1666 ▪ Ansiedade;
- 1667 ▪ História de tentativa ou ideias de suicídio;
- 1668 ▪ Lesões físicas;
- 1669 ▪ Dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa
1670 (dor que não tem nome ou lugar).

1671

1672 COMO FAZER A ENTREVISTA/ TIPOS DE PERGUNTAS

1673

1674 Para que possamos identificar as mulheres em situação de violência existem
1675 diversas propostas:

1676 **a. Acolhendo o relato espontâneo**

1677 Não apenas mulheres com o corpo cheio de hematomas podem nos lembrar
1678 de situações de violência. Existem falas não tão claras que podem significar um
1679 pedido de ajuda e devem chamar nossa atenção, como relatos de:

- 1680 ▪ Ataques a entes queridos, objetos pessoais, ou a animais de estimação;
- 1681 ▪ Restrição de liberdades individuais (impedimento de trabalhar fora; estudar;
1682 ou sair de casa, mesmo para visitas a familiares);
- 1683 ▪ Práticas que resultam em restrições de liberdades, como não disponibilizar
1684 dinheiro; ameaças de agressão ou brigas verbais associadas às saídas;
- 1685 ▪ Humilhação (maus tratos, desqualificações públicas ou privadas) xingamentos
1686 e ofensas por conhecidos e/ou familiares;
- 1687 ▪ Discussões e brigas verbais frequentes;
- 1688 ▪ Ameaças de agressão; ameaças com armas ou instrumentos de agressão
1689 física;
- 1690 ▪ Relações sexuais forçadas;
- 1691 ▪ Submissão a práticas sexuais indesejadas;
- 1692 ▪ Agressão física de qualquer espécie.

1693 Estes relatos são mais comuns em alguns espaços da rede assistencial,
1694 menos presentes em outros. Ainda assim são relativamente restritos em
1695 comparação com o universo de casos existentes, de acordo com a literatura.

1696 Muitas pessoas têm vergonha ou medo de abordar o problema, ou não
1697 acreditam que poderão encontrar alguma resposta sobre o assunto em serviços de
1698 saúde. Mas isto não significa que não podemos ajudá-las, ao contrário, podemos
1699 abrir canais de comunicação que facilitem este relato e seu acolhimento.

1700 **b. Perguntando quando há suspeitas:**

1701 A melhor estratégia para lidar com esta recusa é a pergunta direta, que
1702 facilita as pessoas que querem discutir o problema a iniciar a abordagem do
1703 assunto. A disponibilidade do profissional para ouvir os problemas da pessoa em
1704 atendimento e sua preocupação com as raízes de seu sofrimento também são
1705 importantes para a detecção do problema.

1706 **Perguntando indiretamente**

1707 Sabe-se que mulheres que apresentam estas queixas muitas vezes têm
1708 problemas em casa. Por isto temos abordado este assunto no serviço através de
1709 qualquer destas perguntas.

- 1710 ▪ Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro?
- 1711 ▪ Você está com problemas no relacionamento familiar?
- 1712 ▪ Você se sente humilhada ou agredida?
- 1713 ▪ Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?
- 1714 ▪ Você e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito?
- 1715 ▪ Quando vocês discutem, ele fica agressivo?

1716 **c. Perguntando diretamente**

1717 Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas
1718 que foram agredidas físicas, psicológica ou sexualmente ao longo de suas vidas, e
1719 sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde.

- 1720 ▪ Isto aconteceu alguma vez com você?
- 1721 ▪ Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas. Isto
1722 aconteceu com você?
- 1723 ▪ Alguém lhe bate?
- 1724 ▪ Você já foi forçada a ter relações com alguém?

1725 Deve-se reassegurar a mulher que haverá sigilo em seu atendimento. Deve-se
1726 declarar que ninguém merece sofrer violência, que existem diversos caminhos para
1727 a saída de situações deste tipo e que estamos dispostos a auxiliá-la. Deve-se
1728 também avaliar risco iminente (perguntando se ela tem medo de voltar para casa e
1729 avaliando se há menores envolvidos). Em caso positivo, contatar alguma referência
1730 no momento, dentro ou fora do serviço.

1731

1732 **RECOMENDAÇÕES E DESTAQUES**

1733

1734 Pacientes que chegam imediatamente após a Violência Sexual (até cinco dias
1735 da violência):

1736 O primeiro contato, seja ele no setor de emergência ou no ambulatório, é
1737 essência para se garantir a confiança da vítima e adesão ao obrigatório seguimento.

1738 Pela natureza da ocorrência e das repercussões médicas psicossociais, uma
1739 equipe multidisciplinar capacitada é o ideal em termos de uma assistência
1740 especializada.

1741 É importante o consentimento informado para os procedimentos deste tipo de
1742 atenção.

1743 Necessidades imediatas da mulher em situação de violência sexual:

- 1744 1. Apoio Psicológico;
- 1745 2. Tratamento das lesões físicas genitais e extragenitais se houver;
- 1746 3. Prevenção contra a gravidez indesejada (contracepção de emergência)
- 1747 4. Profilaxia e tratamento precoce das DST/HIV;
- 1748 5. Informação e orientações legais sobre seus direitos;
- 1749 6. Assistência social.

1750

1751 INSTITUIÇÕES DE REFERÊNCIA

1752

1753 **Hospitais Municipais** com serviço de atenção integral às vítimas de violência
1754 sexual (seguimento dos casos) e/ou aborto previsto em lei:

1755

1756 **H. M. DR. FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA - CAMPO LIMPO**
1757 ESTRADA DE ITAPECERICA, 1661 - CAMPO LIMPO.
1758 FONES: 3394-7504 / 3394-7503 / 3394-7711 / 3394-7647

1759

1760 **H. M. PROF. MARIO DEGNI - HOSPITAL JARDIM SARAH**
1761 RUA LUCAS DE LEYDE, 257 – RIO PEQUENO.
1762 FONE: 3394-9330

1763

1764 **H. M. DR. ARTHUR RIBEIRO SABOYA – JABAQUARA**
1765 AV. FRANCISCO DE PAULA QUINTANILHA RIBEIRO, 860.
1766 FONE: 3394-8519 / 3394-8520

1767

1768 **H. M. DR. CARMINO CARICCHIO – TATUAPÉ**
1769 AV. CELSO GARCIA, 4815 – TATUAPÉ.
1770 FONE: 3394-6980 – RAMAIS 7149 E 7150

1771

1772 **H. M. M. ESCOLA DR. MARIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA.**
1773 AV. DEPUTADO EMILIO CARLOS, 3.100 – V. NOVA CACHOEIRINHA.
1774 FONE: 3986-1000

1775

1776 Os **Centros de Atendimento para Mulheres Vítimas de Violência** são
1777 unidades voltadas para a mulher em situação de violência doméstica e familiar. O
1778 objetivo é oferecer suporte para as mulheres que sofreram agressões, como
também disponibilizar orientações jurídicas para futuras ações legais.

1779

Atividades desenvolvidas:

1780

- ✓ Orientação por telefone para mulheres que precisem de apoio e agendamento de atendimento;

1781

- 1782 ✓ Prestação de serviço-referência para o acompanhamento da questão da
1783 violência de gênero e para a realização dos encaminhamentos necessários a
1784 cada problema;
- 1785 ✓ Orientação, capacitação e formação de grupos de mulheres para o
1786 enfrentamento da violência sexual e doméstica;
- 1787 ✓ Encaminhamento para hospitais da rede municipal para atendimento de
1788 violência sexual e doméstica, inclusive nos casos de necessidade de cirurgia
1789 plástica reparadora.

1790

1791 **CENTRO DE REFERÊNCIA DA MULHER**

1792 RUA 25 DE MARÇO – CENTRO

1793 FONE: (11) 3106-1100

1794

1795 **CASA BRASILÂNDIA**

1796 RUA SILVIO BUENO PERUCHE, 538 – BRASILÂNDIA.

1797 FONE: (11) 3983-4294 / 3984-9816.

1798

1799 **CASA ELIANE DE GRAMMONT**

1800 RUA DOUTOR BACELAR, 20 – VILA CLEMENTINO.

1801 FONE: (11) 5549-9339 5549-0335.

1802

1803 Também existem **Centros de Atendimento para Mulheres Vítimas de**
1804 **Violência** sob gestão da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento
1805 Social - SMADS, que são:

1806

1807 **CASA SER DORINHA**

1808 AVENIDA DOUTOR GUILHERME DE ABREU SODRÉ, 485 – CIDADE

1809 TIRADENTES. FONE: (11) 2555-7090 / (11) 2555-4806

1810

1811 **CASA DE ISABEL**

1812 RUA PROFESSOR ZEFERINO FERRAZ, 486 – ITAIM PAULISTA.

1813 FONE: (11) 2025-3271

1814

1815 **CASA CIDINHA KOPCAK**

1816 RUA MARGARIDA CARDOSO DOS SANTOS, 500 – SÃO MATEUS.

1817 FONE: (11) 2015-4195

1818

1819 **CASA VIVIANE DOS SANTOS**

1820 RUA JOSÉ TEIXEIRA, 87 - LAJEADO.

1821 FONE: (11) 2553-2424

1822

1823 **CISM II – CENTRO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL DA MULHER II**

1824 RUA FERREIRA DE ALMEIDA, 23 – CASA VERDE.

1825 FONE (11) 3858-8279

1826

1827 **CISM I CENTRO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL DA MULHER I**

1828 RUA ÁLVARO NUNES, 184 - CAMPO BELO.

1829 FONE (11) 3271-7099

1830

1831 **CISM III - CENTRO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL DA MULHER III**

1832 RUA DO FICO, 234 - IPIRANGA.

1833 FONE (11) 2272-0423

1834

1835 **CASA SOFIA**

1836 RUA DOUTOR LUIZ FERNADO FERREIRA, 06 – JARDIM DIONIZIO.

1837 FONE: 0800-770-30-53 / (11) 5831-3053

1838

1839 OUTROS SERVIÇOS QUE ATENDEM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA:

1840 [HTTP://WWW.REDEDEFESADEDIREITOS.COM.BR/](http://www.redeedefesadedireitos.com.br/).

1841

1842 **LEGISLAÇÕES ESPECÍFICAS**

1843

1844 Lei Maria da Penha, (Lei 11.340/06)

1845 PORTARIA Nº 485, DE 1º DE ABRIL DE 2014, Ministério da Saúde.

1846 Brasil. Lei nº 12.015, de 7 agosto de 2009.

1847 9.2. Saúde do Homem

1848

1849 As ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
1850 (PNAISH) buscam romper os obstáculos que impedem os homens de frequentar os
1851 serviços de saúde. Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a
1852 procura de atendimento, permitindo que os quadros se agravem, com alguma
1853 intervenção possível somente nas fases mais avançadas da doença. A PNAISH,
1854 formulada para promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da
1855 realidade masculina em seus diversos contextos, foi instituída no âmbito do SUS
1856 pela Portaria MS nº 1944, de 28 de agosto de 2009. Com o princípio de promover
1857 ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade
1858 singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos,
1859 tem o objetivo de facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina
1860 às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, sob a
1861 perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade,
1862 da mortalidade e a melhoria das condições de saúde.

1863 A PNAISH estrutura-se em cinco eixos, um dos quais promove a discussão
1864 sobre a prevenção da violência, entendida como fenômeno difuso, complexo,
1865 multicausal, com raízes em fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e
1866 psicobiológicos que envolve práticas em diferentes níveis. O homem é mais
1867 vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes
1868 e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido à violência agressões, e
1869 as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação em
1870 relação às sofridas pelas mulheres (Souza, 2005). Em nossa cultura ainda existe a
1871 tendência de associar biologicamente a agressividade violenta ao sexo masculino,
1872 validando padrões de comportamentos como brigas, lutas, não expressão dos
1873 sentimentos. Crenças como: “o homem não chora, homem não deve levar desaforo
1874 para casa, se apanhar revide”, são comuns no processo educativo do homem. O uso
1875 de álcool, drogas, armas de fogo, também ainda, são mais associados e permitidos
1876 ao sexo masculino.

1877 Sob o ponto de vista sociocultural, a violência é uma forma social de poder
1878 que fragiliza a própria pessoa que a pratica, o que leva à reflexão sobre o homem
1879 agressor ser também uma vítima. A integralidade da atenção à saúde do homem,
1880 portanto, implica na visão sistêmica sobre o processo de violência, requerendo a

1881 desconstrução de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos
1882 fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir
1883 preventivamente sobre suas causas, e não apenas em sua reparação.

1884 A banalização ou naturalização, do fenômeno da violência, tanto nos espaços
1885 públicos como privados, faz com que este tipo de comportamento muitas vezes nem
1886 seja percebido como violento. Neste sentido apresenta-se como de fundamental
1887 importância abordar a questão do comportamento violento de modo explícito e
1888 direto, quer se trate de violência entre homens ou contra as mulheres. (Política
1889 Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes - Série B.
1890 Textos Básicos de Saúde - Brasília – DF – 2009).

1891 Frente a isto, é necessário provocar o debate sobre o quanto os profissionais
1892 de saúde estão estruturados para identificar, acolher e encaminhar situações de
1893 violência envolvendo homens (não só como autores, mas também como vítimas),
1894 assim como desenvolver estratégias e ações educativas voltadas para a população
1895 masculina com vistas à prevenção de violências e acidentes, o abuso de álcool e de
1896 outras drogas; o quanto os profissionais e saúde dos diferentes pontos da rede de
1897 atenção à saúde estão cientes de que há várias portas de entrada para o sistema de
1898 saúde, e qual a responsabilidade de cada um destes pontos na produção da atenção
1899 integral. O espaço da saúde, prioritariamente feminizado, principalmente das
1900 Unidades Básicas, deve ser repensado, para provocar a mudança da postura prática
1901 dos profissionais, tornando-os mais atentos às interações entre as concepções de
1902 gênero e as demandas trazidas pelos homens no uso do serviço.

1903 Cabe aqui, portanto, uma breve reflexão sobre os temas do acesso e
1904 acolhimento na perspectiva da Saúde do Homem. O acesso, que possibilita a
1905 consecução do cuidado, permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os
1906 melhores resultados possíveis. Seria a forma como a pessoa experimenta o serviço
1907 de saúde. O acolhimento, por sua vez, apresenta-se como possibilidade de arguir o
1908 processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da
1909 acessibilidade sobre os momentos nos quais os serviços constituem seus meios de
1910 recepção dos usuários, em que local, em que circunstâncias, qual finalidade e
1911 resultados esperados. O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo
1912 potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e
1913 população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear
1914 cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os

1915 trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar,
1916 orientar e negociar. É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para
1917 si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de
1918 atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação
1919 acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo.

1920 Para aproximar o homem dos serviços de saúde na Atenção Básica são
1921 sugeridas estratégias:

- 1922 ✓ Homens serem atendidos por homens, individualmente ou em grupos,
1923 abordando temas de interesse específico das diferentes faixas etárias –
1924 paternidade responsável, abuso de álcool, questões ligadas à saúde sexual e
1925 reprodutiva, violência interpessoal (destaque-se aqui a possibilidade de
1926 realização de grupos com adolescentes, onde se vislumbra um imenso
1927 potencial de intervenção sobre as questões ligadas à violência);
- 1928 ✓ Realização de atividades de educação em saúde em sala de espera;

1929

1930 DESTAQUE

1931

1932 Como destaque apresentamos alguns aspectos citados no artigo Violência e
1933 gênero: vítimas demarcadas (SARTI, 2006), com o objetivo de estimular o
1934 desenvolvimento de um novo olhar que contribua para uma prática cotidiana
1935 “receptora” das necessidades da população masculina e que mostre os caminhos
1936 para que o vínculo se estabeleça. A situação relatada no artigo ocorre no ambiente
1937 hospitalar, mas é perfeitamente reproduzível em outros espaços da saúde. Neste
1938 sentido, é esperado que cada profissional, individualmente ou em grupo, possa dar
1939 respostas para as seguintes indagações:

- 1940 1. Qual o perfil da população masculina no território?
- 1941 2. Quais os principais agravos que incidem sobre esta população?
- 1942 3. Como se comportam os indicadores de violência no território?
- 1943 4. O espaço da saúde no qual estou inserido está estruturado de modo a dar
1944 respostas às necessidades de saúde dos homens?
- 1945 5. Quais as possibilidades de percepção, em meu grupo de trabalho, sobre o
1946 que o serviço está fazendo para promover o cuidado integral à saúde do
1947 homem, e o que é possível realizar para qualificar ainda mais este cuidado?

1948 A vítima invisível: descrição de um caso

1949

1950 Nos casos de violência, um fenômeno relacional, estão em jogo sujeitos
1951 culturais em distintos lugares - a vítima, o agressor e, no caso da saúde, os
1952 profissionais envolvidos - a partir dos quais se nomeiam a violência e o atendimento
1953 que a ela corresponde. Reafirma-se, assim, a importância de analisar como se
1954 define a relação entre a vítima e o agressor, quem são os atores sociais envolvidos
1955 e suas representações sobre a violência, para entender o contexto no qual a
1956 violência é nomeada como tal. Nessa perspectiva, não se pode definir a violência
1957 como uma categoria *a priori*, mas configurada segundo as regras do espaço social
1958 no qual se manifesta. Espera-se, com este relato, contribuir para a compreensão do
1959 atendimento à violência, atentando para as formas como se identificam as figuras de
1960 vítima e de agressor, que dão ao fenômeno uma configuração própria, delimitando a
1961 violência e a forma específica de atenção que a ela corresponde.

1962 *“Um homem, descrito como jovem e branco, apresentou-se ao hospital,*
1963 *dizendo-se vítima de violência sexual. A funcionária da recepção, encarregada do*
1964 *registro dos pacientes, dispensou-o, alegando que o serviço de atendimento a casos*
1965 *de violência sexual era voltado apenas às mulheres. Ciente do fato, a assistente*
1966 *social do hospital buscou localizar o jovem, por meio das informações registradas na*
1967 *recepção. Ao encontrá-lo, solicitou que retornasse para atendimento. Chegando ao*
1968 *hospital, o jovem foi atendido por médicos e pelo Serviço Social. O problema que*
1969 *esse caso suscitou no hospital diz respeito à dificuldade de se identificar um homem*
1970 *como vítima de violência sexual e não como agressor. Sua demanda de atenção*
1971 *surpreendeu os profissionais e funcionários e, diante da perplexidade causada,*
1972 *insinuou-se uma inadequação da organização do serviço de atendimento à violência*
1973 *sexual. Quem poderia atendê-lo? Qual especialidade médica atenderia o jovem, já*
1974 *que o serviço de atenção às vítimas de violência sexual existente na instituição é*
1975 *formado por uma equipe médica composta por ginecologistas e obstetras?”*

1976 O atendimento a este caso indica que os atos de violência pressupõem
1977 determinados atributos identificados na vítima. Havíamos observado, com base nos
1978 dados desta pesquisa, que a violência se delimita pela identificação de uma
1979 fragilidade na figura da vítima, tornando-a “passível de sofrer o ato violento, por
1980 corresponder a um lugar definido de antemão como lugar de vulnerabilidade”
1981 (SARTI, 2005). Assim, são as mulheres, as crianças e os idosos, nos quais se

1982 identifica essa característica, que ocupam lugar de “vítimas de violência”. Estudos
1983 anteriores, como o de Suárez *et al.* (1995), sobre o imaginário popular relativo a
1984 crimes sexuais, mostraram igualmente que a vulnerabilidade aparece como um
1985 atributo da vítima de violência sexual. Nessa perspectiva, o homem é visto como o
1986 agressor, e não como objeto de violência. Não é o ato em si que configura a
1987 violência, mas a definição prévia de quem é a vítima. Um mesmo ato pode ser
1988 considerado violência ou não, conforme a representação que se tem da vítima. A
1989 organização do serviço de atendimento segue, então, essa concepção de violência.
1990 Mulheres, crianças ou idosos são reconhecidos como vítimas de violência e podem
1991 ser tratados como tais, enquanto a perplexidade caracteriza a reação à presença
1992 masculina como vítima de violência. A visibilidade do fenômeno da violência é,
1993 assim, recortada por gênero, correspondendo às identidades sociais de homens e
1994 mulheres construídas em relações sociais. Homens adultos sofrem violência física,
1995 particularmente no âmbito público, envolvidos em conflitos, como agressores ou
1996 vítimas, enquanto as mulheres adultas são mais agredidas física e sexualmente em
1997 conflitos domésticos. A expressão da violência, diferenciada segundo a classificação
1998 das pessoas e dos espaços sociais por gênero, configurou lugares cristalizados de
1999 agressor e vítima.

2000 A problematização de violência e gênero ampliou a perspectiva dos estudos,
2001 que passaram também a ouvir os agressores (MACHADO, 2004; SEGATTO, 1999),
2002 mostrando que os homens, em seu lugar de agressor, são parte (neste sentido,
2003 igualmente vítimas) de uma configuração social das relações de gênero que os
2004 enreda em relações violentas. Torna-os agressores e agentes da violência,
2005 forçando-os a provas de masculinidade. Essa construção social acabou por
2006 naturalizar-se em muitas análises sobre a violência contra as mulheres, diante de
2007 relações de poder essencializadas como domínio masculino, tornando logicamente
2008 inconcebível, ou dificilmente assimilável, a ideia do homem como vítima de um ato
2009 violento ou ocupando um lugar submetido numa relação violenta. A discussão sobre
2010 o reconhecimento de que qualquer corpo humano, independentemente do sexo ou
2011 da orientação sexual de seu portador, pode ser objeto de atos violentos, reveste-se
2012 de importância especial diante da questão do direito universal à atenção em saúde,
2013 base do Sistema Único de Saúde (SUS), que norteia a política pública de saúde no
2014 país. Remete a problemas éticos (BRAZ, 2005) do atendimento à saúde focalizado
2015 em determinados grupos sociais, apontando para dificuldades a serem pensadas, na

2016 busca de se equacionar o princípio da universalidade e da equidade, ambos
2017 preconizados pelo SUS.

2018 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, contextualizada
2019 deste modo, traz o desafio de reconhecer a população masculina enquanto
2020 protagonista de suas demandas, mediante a pluralidade de contextos e condições
2021 biopsicossociais em que está inserida, e os homens enquanto sujeitos de
2022 necessidades, direitos e desejos. A Atenção Básica, porta de entrada preferencial do
2023 SUS e referência para a estruturação dos sistemas de saúde, tem então como
2024 missão objetivar mais que a oferta de uma clínica especializada para erradicação de
2025 doenças. Ao se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do
2026 vínculo, da continuidade do cuidado, da humanização, da equidade e da
2027 participação social, ela está dizendo que este é um modelo de saúde que entende o
2028 sujeito em sua singularidade, em diversos contextos socioculturais e loco regionais,
2029 e é desta maneira que produz atenção integral. O grande desafio da PNAISH é o de
2030 atender às necessidades individuais e coletivas das diversas populações
2031 masculinas, a partir de práticas democráticas e participativas nos três níveis de
2032 gestão - federal, estadual e municipal, visibilizando e integrando as especificidades
2033 das necessidades das populações masculinas na lógica dos serviços oferecidos,
2034 conforme a atenção básica lhe garante e as Redes de Atenção à Saúde preconizam
2035 (Schwarz, 2012).

2036

2037 **LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA**

2038

2039 PORTARIA Nº 1.944, DE 27 DE AGOSTO DE 2009 - institui no âmbito do Sistema
2040 Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

2041

2042

2043 9.3. Saúde da criança e do adolescente

2044

2045 A rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a
2046 identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de
2047 crianças e adolescentes em situação de violência, bem como para suas famílias.
2048 Alguns grupos sociais são mais vulneráveis à ocorrência de violência. Este
2049 documento chama à atenção para as especificidades dessas pessoas, buscando
2050 alertar os profissionais para vulnerabilidades, riscos e possibilidades de prevenção,
2051 cuidados e proteção.

2052 Sabe-se que a violência pode gerar problemas sociais, emocionais,
2053 psicológicos e cognitivos capazes de impactar fortemente a saúde das pessoas ao
2054 longo de sua existência. Isso reforça a importância de orientar as ações e pactuar
2055 estratégias para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas
2056 famílias em situação de violência de acordo com as diretrizes da Política Nacional de
2057 Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, da Política Nacional de
2058 Promoção da Saúde e da Atenção Primária, entre outras.

2059 A promoção da saúde e da cultura de paz baseia-se no fortalecimento de
2060 fatores que protegem a pessoa, fazendo-a evitar ou controlar os riscos. Tem como
2061 base o estímulo das capacidades e o exercício do autocuidado e da ajuda mútua.
2062 Contempla requisitos como paz, educação, justiça social e equidade (BUSS, 2000).
2063 A prevenção pode ser entendida como uma estratégia de promoção da saúde, na
2064 medida em que previne e controla os agravos, por meio da criação de condições de
2065 proteção e defesa de indivíduos e grupos que se encontram em situações de riscos
2066 e de vulnerabilidades específicas.

2067 A promoção da saúde e da cultura de paz e a prevenção de violências contra
2068 crianças e adolescentes é papel de todos. Devem abranger ações coletivas,
2069 envolvendo instituições de educação e ensino, associações, grupos formais e
2070 informais e lideranças comunitárias e juvenis, dentre outros, como parceiros
2071 fundamentais. As ações preventivas na comunidade são essenciais para a redução
2072 dos riscos de violência e promoção da cultura de paz no território. A atuação mais
2073 eficaz é aquela que inclui, faz alianças e se torna presente na vida cotidiana das
2074 famílias e das comunidades.

2075

2076

2077 Promoção de vínculos e fortalecimento da resiliência

2078

2079 A resiliência é compreendida como a capacidade de superar adversidades e
2080 de lidar positivamente com situações difíceis, como por exemplo, as de violência,
2081 que têm alto potencial de produzir muito sofrimento. Os fatores fundamentais para o
2082 fortalecimento da resiliência são os vínculos afetivos sólidos e o bom funcionamento
2083 da rede de relacionamentos, que atuam como suporte para que a pessoa reflita
2084 sobre sua vida e encontre forças para a superação, muitas vezes, desconhecidas
2085 por ela própria. Com isso, situações difíceis e obstáculos encontrados pela vida
2086 podem fortalecer a pessoa, em vez de fragilizá-la ou fragmentá-la. Com a evolução
2087 das pesquisas, descobriu-se que o potencial de resiliência está presente no
2088 desenvolvimento de todo ser humano e pode se desenvolver no decorrer da vida.
2089 Portanto, é importante que seja incentivado e reforçado desde a infância. Está
2090 relacionado ao suporte e ao respeito mútuo proporcionados pela família, à
2091 capacidade individual de se desenvolver autonomamente (autoestima positiva,
2092 autocontrole, temperamento afetuoso e flexível) e ao apoio oferecido pelo ambiente
2093 social, amigos, professores, profissionais de saúde e outras pessoas significativas
2094 para o indivíduo ao longo de sua vida. (ASSIS; AVANCI; PESCE, 2005).

2095 No cotidiano do atendimento, os profissionais de saúde podem contribuir
2096 ativamente para que as famílias se fortaleçam e favoreçam a resiliência de suas
2097 crianças e adolescentes. No contato com as famílias, por menor que seja o tempo
2098 disponível do atendimento, os profissionais de saúde precisam enfatizar alguns
2099 valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável, tais
2100 como respeitar os direitos da criança e do adolescente e expressar afeto e carinho,
2101 dentre outros. Os pais precisam saber que, embora existam características gerais
2102 esperadas em cada etapa de desenvolvimento, cada criança tem seu ritmo próprio
2103 que deve ser respeitado. A intervenção do profissional favorece a saúde física e
2104 emocional de crianças e adolescentes em seu processo de crescimento e
2105 desenvolvimento, em especial nos momentos de mudanças importantes. No
2106 decorrer do atendimento, a fala, o olhar, os gestos, as informações transmitidas em
2107 linguagem simples e acessível podem fazer uma enorme diferença na construção do
2108 vínculo.

2109

2110

2111 Prevenção de violências na família e na comunidade

2112

2113 Prevenir a violência contra a criança e o adolescente é possível e quanto mais
2114 cedo se inicia a prevenção maior são as chances de proteger os membros da família
2115 deste problema. Desde o pré-natal, é possível estabelecer vínculos seguros que
2116 facilitam a formação da autoestima, da resiliência e da visão positiva do mundo.

2117 Outra forma de prevenir a violência é identificar as situações familiares que
2118 podem gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas, pelas dificuldades e
2119 desgaste que ocasionam. Situações como perda de emprego, uso abusivo de álcool
2120 e outras drogas, separação conjugal, morte de um de seus membros requerem
2121 atenção redobrada à família no sentido de ajudá-la a lidar com tais adversidades e a
2122 minimizar a busca da violência como forma de enfrentá-las. A violência sexual
2123 também deve ser trabalhada preventivamente, junto aos familiares, crianças e
2124 adolescentes. É possível abordar, com linguagem apropriada às faixas etárias, a
2125 questão da sexualidade e dos toques corporais socialmente adequados e
2126 inadequados entre uma criança e alguém mais velho do que ela ou adulto. Há ainda
2127 a possibilidade de fazer prevenção evitando que as violências que já ocorreram
2128 voltem a acontecer, seja nas relações atuais ou se perpetuando pelas gerações
2129 futuras (violência intergeracional). Inicia-se pela adoção de medidas preventivas à
2130 ação violenta, demonstrando com a necessária firmeza que crianças e adolescentes
2131 são sujeitos de direitos e, portanto, a sociedade não tolera que sejam alvos de
2132 violações. Nessa perspectiva, a ação dos profissionais ganha um papel crucial e
2133 para isso é indispensável proporcionar a educação permanente dos técnicos que
2134 atuam nos serviços.

2135 A promoção da saúde e da cultura de paz e a prevenção de violências contra
2136 crianças e adolescentes é papel de todos. Devem abranger ações coletivas,
2137 envolvendo instituições de educação e ensino, associações, grupos formais e
2138 informais e lideranças comunitárias e juvenis, dentre outros, como parceiros
2139 fundamentais. As ações preventivas na comunidade são essenciais para a redução
2140 dos riscos de violência e promoção da cultura de paz no território. A atuação mais
2141 eficaz é aquela que inclui, faz alianças e se torna presente na vida cotidiana das
2142 famílias e das comunidades. Promoção de vínculos e fortalecimento da resiliência.

2143

2144

2145 No final da infância e no início da adolescência

2146

2147 A interação com a escola, com a comunidade e com os grupos de amigos
2148 exerce forte influência sobre comportamentos, valores e formação de vínculos,
2149 inclusive na “alfabetização amorosa”. É importante valorizar o relacionamento entre
2150 os irmãos, que compartilham histórias, experiências, brincadeiras e costumes. Isso
2151 também ajuda a construir outra mentalidade na relação de gênero (cuidar da casa
2152 deixou de ser “tarefa de mulher”, passando a ser “tarefa de pessoas”). Estimular o
2153 espírito empreendedor (“fazer acontecer”, em vez de esperar que as oportunidades
2154 caiam do céu) contribui para desenvolver habilidades e competências. As conversas
2155 em família com a escuta dos pontos de vista de cada um enriquece a comunicação e
2156 facilita a resolução dos conflitos que inevitavelmente surgem a partir das diferenças.
2157 Construir os alicerces do diálogo sobre temas de interesse comum facilita as
2158 conversas sobre temas mais sensíveis, como o uso abusivo de álcool e outras
2159 drogas, o início das relações amorosas e o desenvolvimento da sexualidade. Ao
2160 chegar à puberdade, as relações afetivas e amorosas se tornam mais intensas. A
2161 vivência e o aprendizado dessas relações sofrem influência da mídia, dos amigos e
2162 da família. A autodescoberta e a observação ainda são essenciais para determinar
2163 muitas das atividades sexuais nesta fase. Em geral, o comportamento sexual da
2164 criança e do adolescente tem por base o comportamento das pessoas mais velhas;
2165 ao imitá-las, aprendem os papéis dos adultos. Os pais precisam estar cientes de que
2166 os filhos podem ter entendimento e interpretação próprios. Contudo, para poderem
2167 guiá-los de maneira apropriada, é importante utilizar uma linguagem que promova a
2168 compreensão, em vez de fazê-los se sentirem envergonhados ou culpados
2169 (SANDERSON, 2005).

2170

2171 DESTAQUES

2172

2173 Características que podem indicar situações de maior vulnerabilidade:
2174 dificuldade excessiva para a maternagem ou paternagem, a recusa em amamentar,
2175 o desmame precoce sem motivos aparentes, o cansaço e a insegurança
2176 persistentes, as queixas exageradas às demandas da criança e a suposição
2177 injustificada de doenças.

2178 Alguns sinais de risco ou vulnerabilidades durante a gravidez (PFEIFFER,
2179 2008):

- 2180 ☹ Gravidez decorrente de violência sexual;
- 2181 ☹ Não aceitação da gravidez;
- 2182 ☹ Não reconhecimento da paternidade;
- 2183 ☹ Falta dos preparativos habituais para o acolhimento do filho;
- 2184 ☹ Retardo no reconhecimento da gravidez e, em casos mais graves, do bebê;
- 2185 ☹ Dificuldades constantes ou desinteresse no acompanhamento do pré-natal;
- 2186 ☹ Não seguimento dos tratamentos ou recomendações médicas propostos;
- 2187 ☹ Referências negativas ao filho, visto como causador de dor, cansaço,
2188 abandono de metas e ideais dificuldades financeiras ou mau relacionamento
2189 do casal;
- 2190 ☹ Intenção de deixar o bebê aos cuidados de terceiros;
- 2191 ☹ Desejo de abandono, seja pela falta de cuidados, seja para colocação para
2192 adoção;
- 2193 ☹ Tentativa de abortamento.

2194 ☹ O papel do profissional
2195 É papel do profissional orientar as famílias sobre outras formas de educar e
2196 se comunicar com seus filhos, e acompanhá-las com respeito e atenção. Ações
2197 profissionais desenvolvidas com sensibilidade e dedicação ajudam a família a
2198 identificar esses recursos preciosos, que ela, muitas vezes, desconhece. Os
2199 profissionais de saúde, no momento do atendimento às demandas da família nos
2200 serviços de saúde, podem contribuir imensamente para que homens e mulheres se
2201 conscientizem da importância de ambos no cuidado de seus filhos e para que
2202 partilhem as responsabilidades como cuidadores e como provedores. Pais e/ou
2203 mães biológicos ou adotivos, afetuosos e conscientes dos seus papéis, são
2204 essenciais para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes. Espera-se
2205 dos profissionais habilidades para analisar cada caso e construir junto à família e à
2206 equipe de sua unidade um projeto terapêutico para a criança ou adolescente e para
2207 o autor da agressão

2208

2209

2210 Orientações importantes

2211

2212 ☺ Enfatizar para a família a importância de valorizar a criança e o adolescente,
2213 elogiando seus pequenos progressos na evolução de habilidades e
2214 competências.

2215 ☺ Enriquecer os recursos de comunicação das famílias para que possam
2216 disciplinar sem violência, dizer o que não apreciam no comportamento da
2217 criança e do adolescente sem humilhá-lo ou depreciá-lo. (SANDERSON,
2218 2005, p. 32).

2219 ☺ Orientar as famílias sobre a resignificação das relações familiares em prol da
2220 tolerância e da formação de vínculos protetores;

2221 ☺ Acompanhar e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos
2222 de agir e de educar as crianças e adolescentes;

2223 ☺ Buscar apoio de outros profissionais, quando julgar pertinente, e articular as
2224 ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e de proteção social
2225 no território

2226 Estratégias desenvolvidas no espaço do território também se mostram
2227 eficientes. Destacam-se as voltadas para a organização de redes e de mobilização
2228 da comunidade e pessoas (vizinhos, amigos outros familiares), tendo como principal
2229 meta seu fortalecimento; a utilização de mentores (orientadores) para as crianças e
2230 adolescentes em situação de risco; e a promoção de atividades de recreação.
2231 Outras ações de prevenção na comunidade implicam a atuação de outros atores da
2232 rede de atenção, cuidado, defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes
2233 e, por serem de importância fundamental para minimizar a violência, o profissional
2234 de saúde deve buscar meios para acioná-las. Um exemplo de medida preventiva
2235 desse tipo é a redução da presença ou do acesso às drogas, ao álcool e às armas.
2236 A presença ativa do Estado em prol da defesa e da proteção da população e o
2237 monitoramento no cumprimento de leis de proteção aos direitos da criança e do
2238 adolescente pelos órgãos responsáveis e pela sociedade civil são exemplos de
2239 ações protetoras geralmente presentes em comunidades unidas por forte “vínculo”
2240 social.

2241

2242

2243

SINAIS E SINTOMAS

2244

2245 A seguir são apresentadas as alterações comportamentais de crianças e
2246 adolescentes em situações de violência, e que frequentemente representam a
2247 demanda do atendimento nos serviços de saúde⁹:

- 2248 ▪ Choros sem motivo aparente;
- 2249 ▪ Irritabilidade frequente, sem causa aparente;
- 2250 ▪ Olhar indiferente e apatia;
- 2251 ▪ Tristeza constante;
- 2252 ▪ Demonstrações de desconforto no colo;
- 2253 ▪ Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites;
- 2254 ▪ Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas;
- 2255 ▪ Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar, vômitos
2256 persistentes;
- 2257 ▪ Distúrbios de alimentação;
- 2258 ▪ Enurese e encoprese;
- 2259 ▪ Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala;
- 2260 ▪ Distúrbios do sono;
- 2261 ▪ Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento;
- 2262 ▪ Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas,
2263 especialmente as de fundo alérgico;
- 2264 ▪ Afecções de pele frequentes, sem causa aparente;
- 2265 ▪ Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola;
- 2266 ▪ Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade;
- 2267 ▪ Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou
2268 situações;
- 2269 ▪ Pesadelos frequentes, terror noturno;
- 2270 ▪ Tiques ou manias;
- 2271 ▪ Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas;
- 2272 ▪ Baixa autoestima e autoconfiança;

⁹ Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

- 2273 ▪ Automutilação, escoriações, deseja de morte e tentativa de suicídio;
- 2274 ▪ Problemas ou déficit de atenção;
- 2275 ▪ Sintomas de hiperatividade;
- 2276 ▪ Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes;
- 2277 ▪ Uso abusivo de drogas;
- 2278 ▪ Violência psicológica.

2279

2280 ENTREVISTA/PERGUNTAS

2281

2282 Acolhimento

2283 Ética: relação do profissional de saúde com crianças e adolescentes pautada
2284 pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, conforme previsto no Estatuto
2285 da Criança e do Adolescente e pelo Código de Ética de diferentes categorias.

2286 Privacidade: em um espaço de consulta/atendimento; adolescentes podem
2287 ser atendidos sozinhos, caso desejem, independente da idade, como forma de
2288 respeito à sua autonomia e individualidade. Essas atitudes contribuem para o
2289 aumento da autoestima e o fortalecimento da sua responsabilidade com a própria
2290 saúde, além da obtenção, pelo profissional de saúde, de informações privilegiadas
2291 em caso de suspeita de violência.

2292 Confidencialidade e sigilo: as informações prestadas por adolescentes e
2293 crianças durante a consulta/atendimento devem ter o sigilo garantido. A quebra do
2294 sigilo deve ser feita sempre que houver risco de morte ou riscos relevantes, a
2295 exemplo de situações como violência sexual ou exploração sexual, risco ou tentativa
2296 de suicídio, risco ou tentativa de aborto, informações sobre homicídio, dependência
2297 de álcool e outras drogas, gravidez e outros.

2298

2299 Passos:

- 2300 ▪ Receber crianças, adolescentes e famílias de forma empática e respeitosa,
2301 por qualquer membro da equipe;
- 2302 ▪ Acompanhar o caso e proceder aos encaminhamentos necessários, desde a
2303 sua entrada no setor saúde até o seguimento para a rede de cuidados e de
2304 proteção social;
- 2305 ▪ Adotar atitudes positivas e de proteção à criança ou ao adolescente;

- 2306 ▪ Atuar de forma conjunta com toda a equipe.

2307

2308 **Atendimento**

2309 O atendimento dos casos de violência não deve ser uma ação solitária do
2310 profissional. É, desde o princípio, uma ação multiprofissional, no próprio serviço, e
2311 articulada com a rede de cuidado e de proteção social. A atenção integral à saúde
2312 de crianças e adolescentes em situação de violências requer a sensibilização de
2313 todos os profissionais do serviço de saúde.

2314 É muito importante a realização de atividades que favoreçam a reflexão
2315 coletiva sobre o problema da violência, sobre as dificuldades que crianças,
2316 adolescentes e suas famílias enfrentam para compartilhar esse tipo de problema,
2317 sobre os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde em sua
2318 condição de corresponsável na garantia desses direitos.

2319 O serviço deve estabelecer um plano de atenção, em LC, que pressupõe o
2320 correto preenchimento de um prontuário único pelos diferentes profissionais
2321 envolvidos no atendimento. Deve-se anotar sempre tudo o que for dito durante a
2322 consulta, deixando claro quando expressar uma fala da criança, do adolescente, de
2323 sua família ou de outra pessoa.

2324 Passos:

- 2325 ▪ Tratamento e profilaxia;
- 2326 ▪ Avaliação psicológica;
- 2327 ▪ Acompanhamento terapêutico, de acordo com cada caso;
- 2328 ▪ Acompanhamento pela atenção primária/ Equipes Saúde da Família;
- 2329 ▪ CAPSi; ou pela rede de proteção; CRAS; CREAS; escolas, CTA ou outros
2330 complementares.

2331

2332 **LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA**

2333

2334 O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90, em seu artigo
2335 5º estabelece que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma
2336 de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo
2337 na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos
2338 fundamentais.” Contudo, há muitas crianças e adolescentes sofrendo violência de

2339 natureza física, sexual e psicológica, assim como negligência/abandono. Essas
2340 violências se interpõem como uma ameaça ao direito à vida e à saúde de crianças e
2341 adolescentes.

Documento em elaboração

23429.4. Saúde da Pessoa Idosa

2343

2344 Vivemos em um mundo onde impera a violência, produto de uma crise geral,
2345 política, social e econômica que afeta todos os setores da vida social. Neste
2346 contexto está incluído um grande número de seres humanos pertencentes às
2347 camadas mais vulneráveis da população: crianças, jovens, pessoas portadoras de
2348 deficiência, mulheres e pessoas idosas. Estes grupos são os que mais sofrem a
2349 violência social em suas múltiplas facetas.

2350 No princípio, a atenção foi focada na violência à criança, depois na violência
2351 doméstica e recentemente tem despertado interesse o maltrato e negligência de que
2352 são vítimas as pessoas idosas. Entretanto, para a maioria das pessoas há uma
2353 dificuldade de compreender a ocorrência do problema, porque consideram que é
2354 somente nas instituições que os idosos sofrem violência e lhes parece improvável
2355 que possam ser maltratados em suas próprias casas².

2356 A nossa sociedade prioriza o novo, destaca a juventude como um valor
2357 cultural a ser perseguido por todos e apresenta o futuro como algo próprio que
2358 pertence ao jovem. O velho aparece como o oposto do jovem, sem futuro, vivendo
2359 de lembranças de uma vida passada já vivida como adulto e jovem. Essa visão da
2360 velhice é geradora de representações sociais que a homogeneizam, podendo
2361 desenvolver atitudes discriminatórias em relação ao segmento idoso. A
2362 discriminação presente nos olhares e atitudes manifesta-se nas diversas esferas da
2363 vida social – família, trabalho, saúde – criando diferentes formas de violência em
2364 relação à pessoa idosa³. Ao velho não é dada a chance de inovar, experimentar
2365 novidades, enriquecer conhecimentos, participar de seu meio, desenvolver novas
2366 habilidades, ser diferente, como se isto não fosse próprio da velhice, como se
2367 transgredir fosse atributo exclusivo da juventude.

2368 Quando se fala em violência contra as pessoas idosas, pensa-se
2369 imediatamente na violência física, mas esta não é a única, pois há inúmeras formas
2370 de violência, veladas e mascaradas. A violência também pode manifestar-se como
2371 psicológica, econômica, moral, sexual, pode ser familiar, social, institucional,
2372 estrutural e pode resultar de atos de omissão e negligência. Muitas vezes não a
2373 reconhecemos, pois os idosos têm importância menor num mundo que valoriza o
2374 vigor e a beleza da juventude. Sem perceber, tornamos os idosos cidadãos de
2375 segunda classe⁴.

2376 Como profissionais de saúde temos enorme responsabilidade na prevenção,
2377 diagnóstico e tratamento da violência contra as pessoas idosas. Organizar nossos
2378 serviços para atenção a esse grupo etário em todos os níveis, oferecer condutas
2379 adequadas através de profissionais preparados e sensibilizados, garantir acesso e
2380 acessibilidade, tratar com respeito e dignidade, são condições necessárias para
2381 garantia do direito à saúde e condições importantes para que também não sejamos,
2382 nós, os perpetradores de violência contra essas pessoas, que merecem respeito e
2383 dedicação⁴.

2384 É preciso romper o véu do silêncio que cobre o assunto. A violência à pessoa
2385 idosa ocorre na sua grande maioria no contexto familiar, praticada por um membro
2386 da família. Muitas vezes, em defesa do agressor (filho, filha, neto, neta...), o idoso se
2387 cala, omite e, muitas vezes, somente a morte cessará a cadeia de abusos e maus
2388 tratos sofridos. É muito difícil penetrar na intimidade da família. Se, para mulheres
2389 em situação de violência, é difícil denunciar o marido agressor, para as pessoas
2390 idosas, a dificuldade em denunciar, ou declarar que seus filhos são os agressores, é
2391 muito maior. Muitos idosos se culpabilizam pela violência sofrida, ou, então, acham
2392 que é normal, na velhice, sofrer a violência⁵.

2393 Nenhuma sociedade, por mais, ou menos, desenvolvida que seja, está imune
2394 à ocorrência da violência e maus-tratos contra as pessoas mais velhas. Infelizmente,
2395 os inúmeros abusos cometidos são subnotificados, não revelando a magnitude
2396 desse fenômeno⁶.

2397 Para a abordagem da violência à pessoa idosa deve-se partir de uma ética
2398 baseada no respeito e na consideração ao ser humano. A atuação profissional exige
2399 compromisso e responsabilidade, para analisar os princípios morais envolvidos e as
2400 consequências das decisões tomadas⁶.

2401

2402 DESTAQUE

2403

2404 Comportamentos que podem indicar situações de maior vulnerabilidade:

2405

2406 **Em relação ao idoso**

- 2407 ■ Medo de um familiar ou cuidador;

- 2408 ▪ Insegurança diante das perguntas do profissional e consulta ao cuidador
- 2409 antes de respondê-las;
- 2410 ▪ Sentimentos de solidão ou expressões de baixa autoestima;
- 2411 ▪ Depressão, agitação ou condutas infantis;
- 2412 ▪ Falta às consultas pré-agendadas ou atraso na procura de cuidados médicos;
- 2413 ▪ Visitas frequentes ao serviço de emergência;
- 2414 ▪ Lesões múltiplas em vários estágios de evolução, inexplicáveis ou com
- 2415 explicações que não condizem com os ferimentos;
- 2416 ▪ Desnutrição, desidratação, úlceras de decúbito, pobre higiene; e
- 2417 ▪ Quedas repetidas.
- 2418 **Em relação à família ou cuidador**
- 2419 ▪ Relutância em deixar o idoso a sós com o profissional de saúde;
- 2420 ▪ Insistência em responder às perguntas feitas ao idoso;
- 2421 ▪ Não consentir a visita domiciliar de um profissional de saúde
- 2422 ▪ Controle excessivo das atividades do idoso na vida cotidiana;
- 2423 ▪ Tentativa de convencer os profissionais de que o idoso não é competente, ou
- 2424 está “louco”; culpar o idoso por suas incapacidades (incontinência urinária,
- 2425 dependências para as atividades básicas da vida diária);
- 2426 ▪ Relação conflituosa entre cuidador/familiar e idoso, com frequentes
- 2427 discussões, insultos, humilhações; hostilidade, raiva ou impaciência durante a
- 2428 consulta.
- 2429 ▪ Indiferença mútua entre cuidador/familiar e idoso; e
- 2430 ▪ Agitação ou passividade do idoso na presença do cuidador/familiar.

2431

SINAIS E SINTOMAS

2433

2434 A violência contra a pessoa idosa se define como qualquer ato, único ou

2435 repetitivo, ou omissão, que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança,

2436 que cause dano ou incômodo à pessoa idosa⁷.

2437 O abuso contra a pessoa idosa é um problema que remonta a tempos

2438 passados e sempre esteve presente em todos os tipos de sociedade. Preconceito e

2439 discriminação são as formas mais antigas, comuns e frequentes de violência, e os

2440 jovens e adultos, nos mais diferentes contextos históricos, tendem a desvalorizar e
2441 tratar os idosos como descartáveis, inúteis e sem função social.

2442 No Brasil, a natureza das violências que a população idosa sofre coincide
2443 com a violência social que a sociedade brasileira vivencia e produz nas suas
2444 relações e introjeta na sua cultura.

2445 Assim, as violências contra a pessoa idosa podem ser visíveis ou invisíveis:
2446 as visíveis são as mortes e lesões; as invisíveis são aquelas que ocorrem sem
2447 machucar o corpo, mas provocam sofrimento, desesperança, depressão e medo.

2448 A natureza da violência contra a pessoa idosa pode se manifestar de várias
2449 formas, aqui resumidas: violência física, psicológica, sexual, abandono, negligência,
2450 institucional, financeira e autonegligência.

2451

2452 **Violência física**

2453 Os abusos físicos constituem a forma de violência mais visível. O lugar onde
2454 há mais violência física contra a pessoa idosa é sua própria casa ou a casa da sua
2455 família, vindo a seguir, as ruas e as instituições de prestação de serviços como as
2456 de saúde, de assistência social e residências de longa permanência.

- 2457 ▪ Púrpura senil;
- 2458 ▪ Queixas de ter sido fisicamente agredido;
- 2459 ▪ Quedas e lesões inexplicáveis;
- 2460 ▪ Queimaduras e hematomas em lugares incomuns ou de tipo incomum;
- 2461 ▪ Cortes, marcas de dedos ou outras evidências de dominação física;
- 2462 ▪ Prescrições excessivamente repetidas ou subutilização de medicação;
- 2463 ▪ Desnutrição ou desidratação sem causa relacionada à doença;
- 2464 ▪ Evidência de cuidados inadequados ou padrões precários de higiene;
- 2465 ▪ A pessoa procura assistência médica de médicos ou centros médicos
2466 variados.

2467

2468 **Violência psicológica**

2469 A violência psicológica corresponde a todas as formas de menosprezo, de
2470 desprezo e de preconceito e discriminação que trazem como consequência tristeza,
2471 isolamento, solidão, sofrimento mental e, frequentemente, depressão. A violência
2472 psicológica pode ocorrer por palavras, atitudes e atos.

- 2473 ▪ Mudanças no padrão da alimentação ou problemas de sono;
- 2474 ▪ Medo, confusão ou apatia;
- 2475 ▪ Passividade, retraimento ou depressão crescente;
- 2476 ▪ Desamparo, desesperança ou ansiedade;
- 2477 ▪ Declarações contraditórias ou outras ambivalências que não resultam de
- 2478 confusão mental;
- 2479 ▪ Relutância para falar abertamente;
- 2480 ▪ Fuga de contato físico, de olhar ou verbal com a pessoa que cuida do idoso;
- 2481 ▪ O idoso é isolado pelos outros.

2482

2483 **Violência sexual**

2484 Ocorre com menos de 1% das pessoas idosas. Uma forma pouco comentada
2485 é impedir os relacionamentos amorosos entre os idosos. Esse tipo de violência
2486 ocorre também em instituições de longa permanência. Há uma ideia muito comum
2487 na população de que os velhos são ou deveriam ser assexuados, o que é
2488 comprovado preconceito social e abuso de poder.

- 2489 ▪ Queixas de ter sido sexualmente agredido;
- 2490 ▪ Comportamento sexual que não combina com os relacionamentos comuns do
- 2491 idoso e com a personalidade antiga;
- 2492 ▪ Mudanças de comportamento inexplicáveis, tais como agressão, retraimento
- 2493 ou automutilação;
- 2494 ▪ Queixas frequentes de dores abdominais; sangramento vaginal ou anal
- 2495 inexplicável;
- 2496 ▪ Infecções genitais recorrentes ou ferimentos em volta dos seios ou da região
- 2497 genital;
- 2498 ▪ Roupas de baixo rasgadas com nódos ou manchadas de sangue.

2499

2500 **Abandono**

2501 O abandono é a ausência ou deserção dos responsáveis governamentais,
2502 institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite
2503 de proteção, e possui várias facetas.

- 2504 ▪ Retirar a pessoa idosa da sua casa contra sua vontade;
- 2505 ▪ Trocar seu lugar na residência privando-a do convívio com outros membros
- 2506 da família e das relações familiares;

- 2507 ▪ Conduzi-la a uma instituição de longa permanência contra a sua vontade,
2508 deixando a essas entidades o domínio sobre sua vida, sua vontade, sua
2509 saúde e seu direito de ir e vir.

2510

2511 **Negligência**

2512 A negligência é uma das formas de violência que mais acomete os idosos. Ela
2513 se manifesta, frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e
2514 traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em
2515 situação de múltipla dependência ou incapacidade.

- 2516 ▪ Falhas no tratamento pessoal, na administração de medicamentos, nos
2517 cuidados com o asseio corporal das pessoas idosas residentes em
2518 instituições de longa permanência.

2519

2520 **Violência institucional**

2521 Refere-se ao regime da própria instituição quando se caracteriza abusivo ou
2522 negligente.

- 2523 ▪ Filas de espera para consultas e exames, marcados com intervalos de meses,
2524 quando o estado de saúde da pessoa idosa vai piorando e se degradando
2525 pela falta de atenção devida;
- 2526 ▪ Demora na concessão dos benefícios seja pelo descaso e indiferença com
2527 que é tratada nos postos;
- 2528 ▪ As várias formas de negligência dos serviços públicos têm por base a
2529 impessoalidade no trato na prestação de serviços.

2530

2531 **Violência financeira**

2532 Consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não
2533 consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de
2534 violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.

- 2535 ▪ Apropriação indevida do cartão de benefício por familiares ou vizinhos da
2536 pessoa idosa que tem algum tipo de senilidade ou dependência, sobretudo
2537 quando ela vive sozinha.

2538

2539

2540

2541 Autonegligência

2542 Diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou
2543 segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesmos.

- 2544 ▪ Um dos primeiros sinais de autonegligência é a atitude de se isolar, de não
2545 sair de casa e de se recusar a tomar banho, de não se alimentar direito e de
2546 não tomar os medicamentos, manifestando clara ou indiretamente a vontade
2547 de morrer;
- 2548 ▪ Frequentemente atitudes de autodestruição estão associadas a processos de
2549 desvalorização que a pessoa idosa sofre e a negligências, abandono e maus-
2550 tratos de que é vítima.

2551

2552 ENTREVISTA/ PERGUNTAS

2553

2554 A suspeita da presença de indicadores da existência de violência contra a
2555 pessoa idosa deve levar o profissional a estabelecer estratégias para romper as
2556 barreiras de comunicação.

2557 É importante lembrar que o profissional deverá oferecer um ambiente seguro
2558 que possibilite a pessoa idosa expressar o que está passando. Apresentamos
2559 algumas recomendações.

2560

2561 Princípios chaves

- 2562 ▪ Adaptar a linguagem ao nível cultural da pessoa idosa, de forma que seja
2563 claro e compreensível, para que ela entenda a informação relevante que se
2564 pretende transmitir e para que seja eficiente a forma de comunicação;
- 2565 ▪ Propiciar um ambiente ameno. Observar para que o lugar da entrevista
2566 ofereça as condições mínimas de segurança;
- 2567 ▪ Não julgar as opiniões, crenças ou pensamentos da pessoa idosa;
- 2568 ▪ Estabelecer uma relação empática (pôr-se o lugar do outro). A pessoa idosa
2569 se sentirá mais compreendida, não sentirá criticada e poderá expressar
2570 realmente o que a preocupa. Cabe ao profissional dar o primeiro passo nesta
2571 relação.

2572

2573

2574 Estratégias na entrevista

- 2575 ▪ Manter uma postura que aproxime o profissional da pessoa idosa;
- 2576 ▪ Manter o contato visual;
- 2577 ▪ Cuidar dos outros aspectos da comunicação não verbal como, por exemplo, a
2578 expressão facial, o tom de voz, a posição física, etc;
- 2579 ▪ Mostrar atenção, dizendo, por exemplo, "sim", "entendo", quando a pessoa
2580 idosa estiver relatando o fato;
- 2581 ▪ Mostrar uma atitude tranquila, tanto quando estiver perguntando (utilizando
2582 um tom de voz sereno, bem modulado, evitando parecer surpreso ou
2583 cansado) ou ouvindo as respostas, independentemente do que ela relate;
- 2584 ▪ Repetir alguma ideia expressada pela pessoa idosa, com as mesmas
2585 palavras que ela utilizou ou com suas próprias palavras, para compreender
2586 melhor e para que ela perceba o que está contando;
- 2587 ▪ Realizar uma síntese final para confirmar se a informação está correta. Esta
2588 síntese também poderá servir para captar a informação mais importante;
- 2589 ▪ Formular perguntas que comecem com: "como é que..." são mais produtivas
2590 que aquelas que começam com "por que", pois podem dar um tom acusatório
2591 e, portanto, levar a pessoa se colocar numa situação defensiva;

2592

2593 Dicas de perguntas e comentários durante a realização da entrevista

- 2594 ▪ Assegurar a confidencialidade da informação:
2595 *"O que o senhor está comentando comigo é confidencial. Garanto que, se o senhor*
2596 *desejar, a informação ficará entre nós".*
- 2597 ▪ Utilizar perguntas abertas e gerais como, por exemplo, "o que mais o
2598 preocupa...?" para possibilitar a abertura e confiança. É importante
2599 contextualizá-las:
2600 *"Vejo que o senhor não pode se levantar da cama e que passa a maior parte do*
2601 *tempo sozinho, sem a presença da sua família. O que mais o preocupa sobre este*
2602 *assunto?"*
- 2603 ▪ Associar o que o preocupa subjetivamente com o que se objetiva como um
2604 possível maltrato sob a ótica profissional.
2605 *"Essa preocupação que o senhor me expressou - que cada vez mais depende dos*
2606 *outros - me sugere o quão difícil é para o senhor depender das outras pessoas que*
2607 *não são da sua família, principalmente nos cuidados com a sua higiene pessoal."*

- 2608 ▪ Utilizar perguntas abertas e objetivas. Algumas mais gerais e outras mais
2609 específicas. As perguntas devem propiciar um clima de escuta e confiança:

2610 *“O que o senhor conversa com o seu filho quando ele não vai trabalhar?”*

2611 *“Interessa-me muito saber a sua opinião de como a senhor está vivendo, suas
2612 dificuldades, suas facilidades.”*

- 2613 ▪ Validar o direito que tem a seus sentimentos, especialmente aos seus medos:
2614 *“Você tem o direito de estar triste e desapontado com seu filho quando este te trata
2615 mal...”*.

2616 *“Entendo que esteja preocupado por não poder administrar o seu cartão bancário
2617 que está em poder do seu filho e tenha medo de que precise comprar alguma coisa
2618 e não possa...”*.

- 2619 ▪ Apresentar-se como alguém que pretende ajudar e apoiar a pessoa idosa,
2620 independente da categoria profissional, expressando a disponibilidade de
2621 apoio:

2622 *“O que você me contou é muito importante. Aqui estamos para ajudá-la. Se você
2623 tem alguma outra coisa importante que a preocupa, estamos a sua disposição para
2624 ouvir...”*.

- 2625 ▪ Não emitir juízo de valor sobre as pessoas e mostrar sensibilidade diante das
2626 necessidades de todos os membros da família.

2627 *“De fato, estamos diante de uma situação difícil, para você e para alguns dos
2628 membros da sua família...”*.

2629

2630 **Perguntas que devem ser feitas**

2631 **Perguntas gerais**

2632 *“Vive sozinho?”*

2633 *“Como estão as coisas em casa?”*

2634 *“Gostaria de falar alguma coisa em especial?”*

2635 *“Se sente seguro onde vive?”*

2636 *“Descreva um dia normal em sua vida.”*

2637

2638 **Perguntas específicas**

2639 Explicar previamente que são perguntas formuladas a pessoas que se
2640 encontram em situações similares a sua e, portanto, torna-se necessário formulá-las
2641 para o auxílio das providências que serão dadas.

2642 Violência Física2643 *“Alguém bateu ou agrediu o senhor?”*2644 *“Alguma vez o senhor ficou amarrado ou preso em sua casa?”*2645 *Tem medo de alguém em sua casa?*2646 Violência Psicológica2647 *“Se sente só?”*2648 *“Alguma vez foi ameaçado com castigos?”*2649 *“Recentemente gritaram com o senhor de forma que se sentiu constrangido ou mal consigo mesmo?”*2651 *“O que acontece quando algum familiar está em desacordo com a forma que a senhora pensa sobre um determinado assunto?”*2653 *“A senhora é tratada de forma pejorativa?”*2654 Violência Sexual2655 *“Alguma vez alguém tocou em seu corpo ou órgãos genitais sem o seu consentimento?”*2657 *“Já foi forçado a manter relações sexuais sem o seu consentimento?”*2658 Abandono/Negligência2659 *“Alguma vez já negaram comida ou medicação que estava necessitando?”*2660 *“O senhor tem passado necessidade de roupas, alimentação, medicamentos?”*2661 *“Fica sozinha a maior parte do tempo?”*2662 *“Pode receber a visita de parentes e amigos?”*2663 *“Suas chamadas telefônicas são controladas?”*2664 *“Tem alguém em sua casa que é dependente de álcool ou droga?”*2665 Violência Institucional

2666 Verificar se o idoso já passou pelas seguintes situações:

2667 Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento.

2668 Proibição ou obrigatoriedade de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos.

2670 Violência financeira2671 *“Quem administra os seus assuntos econômicos?”*2672 *“O seu dinheiro é usado por outras pessoas sem a sua permissão?”*2673 *“O (a) senhor (a) já foi obrigado (a) assinar alguma procuração ou outro documento?”*

2675 “O seu dinheiro está sendo usado para fazer compras para outras pessoas sem que
2676 houvesse a sua concordância?”

2677 “A pessoa que cuida do (a) senhor (a) depende do seu dinheiro para as despesas
2678 pessoais?”

2679 “O (A) senhor (a) já foi obrigado (a) a fazer empréstimo consignado?”

2680

2681 **O que não se deve fazer durante a entrevista:**

2682  Sugerir resposta às perguntas que são formuladas.

2683  Pressionar a pessoa idosa que responda a perguntas que não quer
2684 responder.

2685  Julgar ou insinuar que a pessoa idosa pode ser a culpada pela situação.

2686  Mostrar-se horrorizado diante do relato que ela faz da situação que se
2687 encontra.

2688  Fazer promessas que não pode ser cumprida.

2689  Criar expectativas que podem não ser reais, sobre a resolução da situação.

2690

2691

2692 **INSTITUIÇÕES**

2693

2694 As Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI) trabalharão em conjunto
2695 com os Núcleos de Prevenção à Violência das UBS de sua área de abrangência
2696 para o cuidado do idoso em situação de violência.

2697

2698

2699

2700 9.5. Consultório na rua

2701

2702 A população em situação de rua desafia nossa capacidade de aceitação e
2703 convivência. Este grupo populacional é heterogêneo, e possui em comum a pobreza
2704 extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia
2705 convencional regular. Caracteriza-se pela utilização de logradouros públicos (praças,
2706 jardins, canteiros, marquises, viadutos) e de áreas degradadas (prédios
2707 abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de habitação e de
2708 sustento.

2709 Em nosso município existem inúmeros serviços de acolhimento para pernoite
2710 temporário ou moradia provisória que contribuem para minimizar o problema.

2711 Essa população é extremamente vulnerável aos diferentes tipos de violência.
2712 Pessoas em situação de rua são vítimas de discriminações ao serem impedidos de
2713 entrar em locais como transporte coletivo, lanchonetes e restaurantes,
2714 estabelecimentos de saúde, órgãos públicos, etc. frequentemente são excluídos dos
2715 serviços de saúde. Sua presença gera, em geral, forte incômodo nos profissionais e
2716 nos demais usuários. Seu direito à atenção integral à saúde é prejudicado. Muitas
2717 vezes, fica restrito ao atendimento nas emergências.

2718 Quanto as ações que competem à atenção primária, foram implantadas 18
2719 equipes de Consultório na Rua estrategicamente distribuídas em locais de maior
2720 concentração das pessoas em situação de rua, de acordo com o último censo de
2721 2015- FIPE- SMADS, que aponta 15.905 pessoas em situação de rua no município
2722 de São Paulo.

2723 Os Consultórios na Rua (CnaR) são constituídos por equipes
2724 multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde da população em situação
2725 de rua "*in locu*" e são vinculadas à uma Unidade Básica de Saúde de referência no
2726 território.

2727 Realiza um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo que
2728 abrange a promoção, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento,
2729 reabilitação, redução de danos, e a manutenção da saúde. Atuam transversalmente
2730 e estão inseridas na Rede de Atenção Psicossocial.

2731 As categorias profissionais que compõem as equipes são: médico,
2732 enfermeiro, assistente social, psicóloga, agente social, auxiliar de enfermagem e os
2733 agentes comunitários de saúde.

2734 Viver na rua sem abrigo e sem proteção adequada deixa os indivíduos mais
2735 vulneráveis às agressões de natureza física ou moral. Faz-se necessário constante
2736 estado de vigilância e preparação para *fugir* ou *reagir*. A perpetuação da pressão
2737 exercida sobre essas pessoas pode levar a diversas manifestações clínicas.

2738 A alta prevalência do fenômeno contribui para um movimento de
2739 naturalização da violência como se o evento violento fosse parte integrante do
2740 problema.

2741 Nesse sentido, vale investir na sensibilização dos profissionais das equipes
2742 do consultório na rua para as questões da violência, sendo que as capacitações
2743 podem ajudar no esclarecimento sobre a importância da notificação e da vigilância
2744 em saúde e no desenvolvimento de ações de cuidado voltadas para o enfrentamento
2745 deste agravo.

2746

2747 DESTAQUE

2748

2749 Além da discriminação e marginalização, a pessoa em situação de rua é
2750 exposta a todas as modalidades de violência em função de sua vulnerabilidade
2751 social. Frequentemente são registrados ataques aos moradores de ruas.

2752 Os altos índices de abuso e dependência de álcool e outras drogas facilita o
2753 desencadeamento de abusos e de violências de todo esse segmento.

2754 Algumas barreiras para assistência

- 2755 ▪ Hospitais exigem acompanhantes para a pessoa em situação de rua ser
2756 atendida;
- 2757 ▪ As UBS em geral têm dificuldade em adscrever moradores em situação de
2758 rua;
- 2759 ▪ O SAMU por considerar um problema social, muitas vezes tem dificuldade em
2760 atender pacientes que julgam ser em situação de rua;
- 2761 ▪ Horários de consultas às vezes são incompatíveis com o horário de
2762 sobrevivência na rua;

- 2763 ▪ Dificuldade no acesso a leitos de urgência;
- 2764 ▪ Locais adequados para o restabelecimento da alta hospitalar em quantidade
- 2765 suficiente.

2766

2767 **INSTITUIÇÕES DE REFERÊNCIA**

2768

2769 As Unidades Básicas de Saúde de referência onde estão implantadas as equipes

2770 do CnaR :

2771

- 2772 ▪ UBS SÉ
- 2773 ▪ UBS REPÚBLICA
- 2774 ▪ UBS HUMBERTO PASCALE - SANTA CECÍLIA
- 2775 ▪ CSE BARRA FUNDA
- 2776 ▪ UBS NOSSA SENHORA DO BRASIL
- 2777 ▪ UBS DR. JOSÉ DE BARROS MAGALDI
- 2778 ▪ UBS PARQUE DA LAPA
- 2779 ▪ UBS BRÁS - MANOEL SALDIVA NETO
- 2780 ▪ UBS BELENZINHO - MARCUS WOLOSKER
- 2781 ▪ UBS MOOCA
- 2782 ▪ UBS PARI
- 2783 ▪ UBS JOAQUIM ANTÔNIO EIRADO- JAE

2784

2785 **Centro de Acolhida para Adultos I por 16 horas**

2786 **Funcionamento:** Ininterrupto, das 16h às 8h.

2787 **Forma de acesso ao serviço:** Por encaminhamentos dos

2788 CRAS, CREAS, Centros POP, CAPE e outros serviços socioassistenciais, demais

2789 políticas públicas e órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e demanda

2790 espontânea.

2791

2792 **CENTRO DE ACOLHIDA LYGIA JARDIM**

2793 RUA SÃO DOMINGOS, 39/51

2794 TEL.: 3106-0737

2795

2796 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPAÇO LUZ**

2797 PÇA. PRINCESA ISABEL, 75/77

2798 TEL.: 3221-2835

2799

2800 **CENTRO DE ACOLHIDA NOVA VIDA**

2801 RUA FRANCISCA MIQUELINA, 343

2802 TEL.: 3106-2041

2803

2804 **CENTRO DE ACOLHIDA BARRA FUNDA I**
2805 RUA NORMA PIERUCCINI GIANNOTTI, 77A
2806 TEL.: 3392-4527

2807
2808 **CENTRO DE ACOLHIDA EMERGENCIAL ALCÂNTARA MACHADO**
2809 AV. ALCÂNTARA MACHADO, 91
2810 TEL.: 96846-6870

2811
2812 **CENTRO DE ACOLHIDA ZAKI NARCHI I**
2813 AV. ZAKI NARCHI, 600
2814 TEL.: 2089-1829

2815
2816 **CENTRO DE ACOLHIDA POUSADA DA ESPERANÇA**
2817 RUA ISABEL SCHIMIDT, 489
2818 TEL: 5548-2672

2819
2820 **CENTRO DE ACOLHIDA GRAJAÚ**
2821 RUA SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 190
2822 TEL: 96943-2634

2823

2824 **Centro de Acolhida para Adultos II por 24 horas**

2825

2826 Essas vagas deverão ser ocupadas preferencialmente por usuários que
2827 estiverem em condições de maior fragilidade e vulnerabilidade pessoal e social.

2828 **Funcionamento:** Ininterrupto, de domingo a domingo por 24 horas.

2829 **Forma de acesso ao serviço:** Por encaminhamentos dos CRAS, CREAS, Centros
2830 POP, CAPE e outros serviços socioassistenciais, demais políticas públicas e órgãos
2831 do Sistema de Garantia de Direitos e demanda espontânea.

2832

2833 **CENTRO DE ACOLHIDA CAMBUCI**
2834 RUA VICENTE DE CARVALHO, 88
2835 TEL.: 3289-2755

2836

2837 **CENTRO DE ACOLHIDA PORTAL DO FUTURO**
2838 RUA DEOCLECIANA, 25
2839 TEL.: 3326-4370

2840

2841 **CENTRO DE ACOLHIDA BORACEA**
2842 RUA NORMA PIERUCCINI GIANNOTTI, 77
2843 TEL.: 3392-1055

2844

2845 **CENTRO DE ACOLHIDA ZANCONE**
2846 AVENIDA IMPERATRIZ LEOPOLDINA, 1335 - LAPA.
2847 TEL.: 3832-2301

2848

- 2849 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPERANÇA**
2850 RUA CARDEAL ARCO VERDE, 1968
2851 TEL.: 3812-9298
2852
- 2853 **CENTRO DE ACOLHIDA BARRA FUNDA II**
2854 RUA BORACEA, 270
2855 TEL.: 3392-2697
2856
- 2857 **CENTRO DE ACOLHIDA SANTA CECILIA**
2858 RUA APA, 165
2859 TEL.: 3661-5979
2860
- 2861 **CENTRO DE ACOLHIDA JOÃO PAULO II**
2862 RUA AFONSO PENA, 482
2863 TEL.: 3208-7759
2864
- 2865 **CENTRO DE ACOLHIDA PRATES I**
2866 RUA PRATES, 1101
2867 TEL.: 3313-1879
2868
- 2869 **CENTRO DE ACOLHIDA PRATES II**
2870 RUA PRATES, 1101
2871
- 2872 **CENTRO DE ACOLHIDA ARSENAL DA ESPERANÇA**
2873 RUA DR. ALMEIDA LIMA, 900
2874 TEL.: 2292-0977
2875
- 2876 **CENTRO DE ACOLHIDA ESTAÇÃO VIVÊNCIA**
2877 RUA PEDRO VICENTE, 421
2878 TEL.: 3315-0286
2879
- 2880 **CENTRO DE ACOLHIDA VIVENDA DA CIDADANIA**
2881 RUA COM. NESTOR PEREIRA, 75 B
2882 TEL.: 3326-6880
2883
- 2884 **CENTRO DE ACOLHIDA CASA SÃO LAZARO**
2885 RUA BRIGADEIRO MACHADO, 243/253
2886 TEL.: 2693-8015
2887
- 2888 **CENTRO DE ACOLHIDA SAMARITANOS**
2889 RUA COM. NESTOR PEREIRA, 77 B
2890 TEL.: 3311-7184
2891
- 2892 **CENTRO DE ACOLHIDA FREI LEÃO**
2893 RUA IVAI, 187
2894 TEL.: 2091-0276
2895
- 2896 **CENTRO DE ACOLHIDA SÃO MARTINHO DE LIMA**
2897 LARGO SENADOR MORAES BARROS, 160
2898 TEL. 2692-6800

- 2899 **CENTRO DE ACOLHIDA SOLIDARIEDADE**
2900 AV. ENG. ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA, 1392
2901 TEL.: 5015-2990
2902
- 2903 **CENTRO DE ACOLHIDA ESTAÇÃO BEM ESTAR**
2904 AV. TANCREDO NEVES, 270
2905 TEL.: 5062-1200
2906
- 2907 **CENTRO DE ACOLHIDA PORTO CIDADÃO**
2908 RUA IGUARA, 560
2909 TEL: 2912-6021
2910
- 2911 **CENTRO DE ACOLHIDA VILA PRUDENTE II - NOVA ESPERANÇA**
2912 RUA DONA GENOVEVA D´ ASCOLI, 37
2913 TEL.: 2272-2950
2914
- 2915 **CENTRO DE ACOLHIDA COMEÇAR DE NOVO**
2916 RUA EMIDIO SOUZA, 41
2917 TEL.: 2681-6860
2918
- 2919 **CENTRO DE ACOLHIDA OLARIAS**
2920 RUA OLARIAS, 476-CANINDÉ
2921 TEL.: 3228-6832
2922
- 2923 **CENTRO DE ACOLHIDA CASA VERDE**
2924 RUA ZILDA, 420
2925 TEL.: 2737-7555
2926
- 2927 **CENTRO DE ACOLHIDA JAÇANÃ -SÃO BENEDITO**
2928 RUA ALTO PARAGUAI, 630
2929 TEL.: 2206-6542
2930
- 2931 **CENTRO DE ACOLHIDA ZAKI NARCHI II E III**
2932 AV. ZAKI NARCHI, 600
2933
- 2934 **CENTRO DE ACOLHIDA SÃO MIGUEL**
2935 AVENIDA MARECHAL TITO, 1533
2936 TEL.: 2031-3513
2937
- 2938 **CENTRO DE ACOLHIDA SÃO MATEUS**
2939 AV. MATEO BEI, 1409
2940 TEL.: 2013-9693
2941
- 2942 **CENTRO DE ACOLHIDA LAJEADO**
2943 RUA CRUZ DO ESPÍRITO SANTO, 1162
2944 TEL: 2849-3447
- 2945 **CENTRO DE ACOLHIDA NOVA CONQUISTA**
2946 RUA GUILHERME OLIVEIRA DE SÁ, 795/797
2947 TEL.: 2214-7176
2948

2949 **CENTRO DE ACOLHIDA SANTO AMARO**

2950 RUA SUZANA RODRIGUES, 123/135

2951 TEL.: 5523-2923

2952

2953 **Centro de Acolhida Especial**

2954

2955 Essa modalidade destina-se a priorizar públicos específicos que requerem
2956 atendimento diferenciado, respeitando-se o ciclo de vida, gênero, período de
2957 convalescença e famílias assim definidos:

2958

2959 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL MORADA NOVA LUZ (IDOSOS)**

2960 RUA HELVETIA, 234

2961 TEL.: 3331-3422

2962

2963 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL MORADA SÃO JOÃO (IDOSOS)**

2964 AV. SÃO JOÃO, 1214 - REPÚBLICA

2965 TEL.: 3331-7372 / 3331-7165

2966

2967 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL PARA IDOSOS JARDIM UMUARAMA
(IDOSOS)**

2968 RUA EDUARDO AMIGO, 103B

2969 TEL.: 2339-0260

2970

2971 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL PARA IDOSOS CASA VERDE (IDOSOS)**

2972 RUA ANTONIO VERA CRUZ, 213

2973 TEL.: 2384-4124 / 2384-4125

2974

2975 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL PARA IDOSOS BORACEA-ACONCHEGO
(IDOSOS)**

2976 RUA ANTONIO VERA CRUZ, 213

2977 TEL.: 2384-4124 / 2384-4125

2978

2979 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL CASA DE SIMEÃO (IDOSOS)**

2980 RUA ASSUNÇÃO, 480

2981 TEL.: 3228-2064

2982

2983 **SITIO DAS ALAMEDAS (IDOSOS)**

2984 RUA COMENDADOR NESTOR PEREIRA, 75

2985 TEL.: 3227-4515

2986

2987 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL CASA BRIGADEIRO (MULHERES)**

2988 AVENIDA BIRGADEIRO LUIS ANTÔNIO, 1645/1647

2989 TEL.: 3251-0402 / 3262-0765

2990

2991 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL MARIA MARIA (MULHERES)**

2992 RUA COM. NESTOR PEREIRA, 77 B

2993 TEL.: 3313-6067 / 3313-4920

2994

- 2996 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL CASA DE MARTA E MARIA (MULHERES)**
2997 RUA CATUMBI, 427
2998 TEL.: 2692-4416
2999
- 3000 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL GESTANTES, MÃES E BEBÊS AMPARO**
3001 **MATERNAL (MULHERES)**
3002 RUA NAPOLEÃO DE BARROS, 1035 VILA CLEMENTINO
3003 TEL.: 5089-8281/ 5089-8260
3004
- 3005 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL SANTO AMARO (MULHERES)**
3006 RUA CORONEL LUIZ BARROSO, 115
3007 TEL.: 5523-8546
3008
- 3009 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL CASA DE CUIDADOS LAR TRANSITÓRIO**
3010 **BATUÍRA (CONVALESCENTES)**
3011 RUA MARIA JOSÉ, 311
3012 TEL.: 3242-1854 / 3106-2500
3013
- 3014 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL OFICINA BORACEA (CONVALESCENTES)**
3015 RUA NORMA PIERUCCINI GIANNOTTI, 77
3016 TEL.: 3392-1055
3017
- 3018 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL LAR DE NAZARÉ (FAMÍLIAS)**
3019 RUA BRIGADEIRO MACHADO, 279
3020
- 3021 **FAMÍLIA EM FOCO (FAMÍLIAS)**
3022 RUA JULIO DE CASTILHO, 620/622 – BELÉM
3023 TEL.: 2693-0488
3024
- 3025 **CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL DOM BOSCO (CATADORES)**
3026 ALAMEDA DINO BUENO, 735
3027 TEL.: 3361-3161 - 3221-3622
3028
- 3029 **Repúblicas**
3030
- 3031 **CONDOMÍNIO SÃO PAULO – UNIDADE I**
3032 RUA SÃO PAULO, 263
3033
- 3034 **CONDOMÍNIO SÃO PAULO – UNIDADE II**
3035 RUA GUAIANAZES, 1427
3036
- 3037 **A CASA ACOLHE A RUA**
3038 RUA DOS ESTUDANTES, 547
3039 **SÃO FRANCISCO**
3040 AV. MERCÚRIO, 518 - BOM RETIRO
3041
- 3042 **SANTA CECÍLIA**
3043 RUA APA, 159
3044 **PENHA**
3045 RUA GENERAL SÓCRATES, 240 – PENHA

3046

3047

SANTANA I

3048

RUA CLAUDINO ALVES, 170

3049

3050

SANTANA II

3051

RUA URUPIARA, 99

3052

3053

Espaços de convivência para adultos

3054

3055

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA MOOCA

3056

RUA DA MOOCA, 26

3057

TEL.: 3209-2670

3058

3059

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA BELA VISTA

3060

RUA SANTO ANTONIO, 800/820

3061

TEL.: 3129-8551

3062

3063

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA BARRA FUNDA

3064

RUA NORMA PIERUCCINI GIANOTTI, 77

3065

TEL.: 3392-2002

3066

3067

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA BRESSER

3068

RUA BRESSER, 2141

3069

TEL.: 2815-1223

3070

3071

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA ALCÂNTARA MACHADO

3072

AVENIDA ALCÂNTARA MACHADO, 888

3073

TEL.: 3843-4518

3074

3075

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA PRATES

3076

RUA PRATES, 1101

3077

TEL.: 96862-6602

3078

3079

Espaços de convivência para crianças e adolescentes (ECCA)

3080

3081

SANTA CECÍLIA

3082

RUA MAUÁ, 36

3083

TEL.: 3284-2131

3084

3085

VILA MARIANA

3086

AVENIDA ENGENHEIRO LUIS GOMES CARDIM SANGIRARDE, 789

3087

TEL.: 5083-0449

3088

3089

Centro de Capacitação Técnica para Adultos em Situação de Rua

3090

Caracterização do serviço: Desenvolvimento de cursos de formação e capacitação

3091

profissional para a população em situação de rua, propiciando o desenvolvimento de

3092

habilidades com vista à conquista de empregabilidade, autonomia, inserção social e

3093

participação na vida pública e da comunidade. O curso deve desenvolver as

3094 habilidades específicas, bem como introduzir temas relacionados às habilidades
3095 sociais de formação humana, cidadania, habilidades de gestão e do mundo do
3096 trabalho e habilidades básicas necessárias ao aprendizado específico como
3097 comunicação, expressão, operações matemáticas e outras.

3098 **Usuários:** Prioritariamente para pessoas adultas de ambos os sexos em situação de
3099 rua, podendo se estender a outros segmentos de vulnerabilidade social.

3100 **Objetivo:** Promover acesso à capacitação profissional e conhecimento do mundo do
3101 trabalho por meio de cursos de qualificação profissional, a fim de contribuir para a
3102 melhoria da qualidade de vida.

3103 **Funcionamento:** De segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, em turnos diários de 4
3104 horas.

3105 **Forma de acesso ao serviço:** Demanda encaminhada e/ou validada pelo CRAS de
3106 abrangência, CREAS, Centros POP, rede socioassistencial, respeitando as datas de
3107 início de cada curso.

3108

3109 **Serviço de Inclusão Social e Produtiva**

3110 **Caracterização:** Serviço com foco no investimento econômico e social de grupos
3111 populares, a partir de iniciativas de capacitação que lhes garantam meios para o
3112 desenvolvimento da capacidade produtiva e de gestão, a fim de viabilizar a transição
3113 de pessoas/ famílias e grupos em situação de vulnerabilidade e risco, para a
3114 situação de autonomia, possibilitando acesso a condições mínimas de sobrevivência
3115 e elevação do padrão de qualidade de vida. O serviço deve estar articulado com as
3116 demais políticas setoriais.

3117 **Usuários:** Pessoas adultas em situação de rua e catadores de materiais recicláveis.

3118 **Objetivo:** Possibilitar a saída das ruas por meio da concretização de um projeto de
3119 vida que possibilite a inserção no mundo do trabalho e contribua para o processo de
3120 autonomia e inserção social.

3121 **Funcionamento:** De segunda a sexta feira, por período de 8 horas diárias.

3122 **Forma de acesso:** Por encaminhamentos dos CRAS, CREAS, Centros Pop ou da
3123 rede socioassistencial.

3124

3125 **Núcleo de Convivência para Adultos em Situação de Rua**

3126 **Caracterização do serviço:** Serviço ofertado para pessoas adultas que utilizam as
3127 ruas como espaço de moradia e sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar

3128 atendimento com atividades direcionadas para o desenvolvimento de reinserção
3129 social, na perspectiva de construção de vínculos interpessoais e familiares que
3130 oportunizem a construção do processo de saída das ruas.

3131 **Usuários:** pessoas em situação de rua, de ambos os sexos, acima de 18 anos,
3132 acompanhados ou não de filhos.

3133 **Funcionamento:** atendimento diurno, de segunda a segunda por oito horas/dia,
3134 podendo ser ampliado de acordo com a necessidade do território.

3135 **Forma de acesso ao serviço:** encaminhamento pelos serviços de abordagem e
3136 pela CAPE, demanda encaminhada e/ou validada pelos CRAS, CREAS e Centros
3137 POP.

3138

3139 **Núcleo de Convivência com Restaurante Comunitário para Adultos em** 3140 **Situação de Rua**

3141 **Caracterização do serviço:** Tem a finalidade de servir refeições adequadas para
3142 pessoas adultas em situação de rua de forma continuada, bem como realizar
3143 atividades para o desenvolvimento pessoal e social. A organização conveniada
3144 coordena o oferecimento do café da manhã e jantar, por meio de outras parcerias,
3145 mantendo com a SMADS o financiamento para o almoço. Ainda organiza nesse
3146 espaço, a distribuição de alimentação, minimizando sua oferta na rua.

3147 **Usuários:** Adultos em situação de rua, acima de 18 anos acompanhados ou não de
3148 filhos.

3149 **Objetivo:** Acolher e ofertar refeições adequadas, e propiciar o desenvolvimento da
3150 sociabilidade por meio da promoção de atividades orientadas que norteiem a
3151 construção de vínculos interpessoais, inter geracionais e familiares na perspectiva
3152 da reinserção social.

3153 **Funcionamento:** Atendimento contínuo, de segunda a sexta, das 7 às 22h e finais
3154 de semana e feriados das 8 às 17h.

3155 **Forma de acesso ao serviço:** Demanda encaminhada pelo CRAS, CREAS,
3156 Centros POP, rede socioassistencial e procura espontânea.

3157

3158 **Bagageiro**

3159 **Caracterização do serviço:** Serviço ofertado para pessoas adultas que utilizam as
3160 ruas como espaço de moradia e sobrevivência, com a finalidade de garantir a
3161 guarda de pertences pessoais, inserção na rede de serviços socioassistenciais e

3162 acompanhamento social na perspectiva da construção do processo de saída das
3163 ruas. A permanência da bagagem no serviço será de 3 meses, podendo ser
3164 prorrogada por mais um mês, a critério da avaliação feita pelo assistente social.

3165 **Usuários:** Homens e mulheres, acima de 18 anos, acompanhados ou não de filhos,
3166 em situação de rua.

3167 **Objetivo:** Propiciar local seguro para a guarda provisória de pertences e oferecer
3168 atendimento social para a inserção na rede de atenção à pessoa em situação de
3169 rua.

3170 **Forma de acesso ao serviço:** Por procura espontânea, encaminhamento pelos
3171 serviços de abordagem, pela CAPE e rede socioassistencial, além de demanda
3172 encaminhada e/ou validada pelos CRAS, CREAS e Centros POP.

3173 **Endereço:** Rua Visconde de Parnaíba, 700 - Tel.: 3275-2615

3174 Procure os **CRAS** e **CREAS** mais próximos de sua região para obter mais
3175 informações sobre os serviços.

3176

3177 LEGISLAÇÕES ESPECÍFICAS

3178

3179 Decreto Presidencial Nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política
3180 Nacional para a População em Situação de Rua, e a criação do Comitê Intersectorial
3181 de Acompanhamento e Monitoramento da referida Política;

3182 Portaria Nº 3.305 do Gabinete do Ministério da Saúde, 24 de dezembro de 2009,
3183 criando o Comitê Técnico da Saúde para a População em Situação de Rua;

3184 Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de
3185 2011, caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no
3186 âmbito individual e coletivo. As equipes de Consultório na Rua citadas na portaria
3187 fazem parte da estratégia de atenção para populações específicas.

3188 Portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2012 - GM define as diretrizes de organização e
3189 funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, que atualiza a Política Nacional
3190 de Atenção Básica;

- 3191 Portaria Nº 123 de 25 de janeiro de 2012 - GM define os critérios de cálculo do
3192 número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município;
3193
- 3194 Portaria Nº 1.922 de 5 de setembro de 2013 – GM altera dispositivos da Portaria Nº
3195 122/GM/MS, que define as diretrizes de organização e financiamento das equipes
3196 de Consultório na Rua;
3197
- 3198 Portaria Nº 1.029 de 20 de maio de 2014-GM, amplia o rol das categorias
3199 profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas
3200 diferentes modalidades e dá outras providências.
3201

Documento em elaboração

3202 9.6. Saúde da população LGBT

3203

3204

3205

3206

3207

3208

3209

3210

3211

3212

3213

3214

3215

3216

3217

3218

3219

3220

3221

3222

3223

3224

3225

3226

3227

3228

3229

3230

3231

3232

3233

3234

3235

As denúncias de violência contra a população LGBT (lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) estão aumentando, mas muitas vítimas ainda temem relatar às autoridades competentes as agressões sofridas.

O conservadorismo, a moralidade, o preconceito, a discriminação e tantos outros aspectos que se alastram pela sociedade geram reações violentas.

Existe discriminação em função da orientação sexual e expressão da identidade de gênero, manifesta-se através da exclusão social e o preconceito homotransfóbico, geram sofrimentos e muitas vezes problemas de saúde e violência em relação a esta população. Os processos discriminatórios que a população LGBT vivencia são inclusive desiguais entre eles e envolve uma série de abusos, agressões sexuais, estupros, tortura e homicídios e tendem a serem agravados por outras formas de violência e até, o ódio.

Violência essa presente nas diversas esferas de convívio social, nas escolas, nos ambientes de trabalho, nas forças armadas, na justiça, na polícia, em diversas esferas do poder público, onde se manifesta a homofobia institucional.

Os desafios listados são imensos, principalmente quando associados a aspectos como o direito a identidade de gênero, alimentando a intensa negação de direitos, tão presentes na sociedade contemporânea.

O resultado disso é a barreira estabelecida no processo de atenção e cuidados, tão necessários para a efetividade do direito a saúde das pessoas.

A diversidade é uma característica marcante nos dias atuais, daí a população LGBT ser um fato constante que perpassa as relações sociais como um todo, provocando-nos a dar respostas contundentes às necessidades em saúde desta população, cuja vulnerabilidade acrescida, tem gerado impacto significativo.

Neste contexto, entende-se a Atenção a Saúde Integral da População LGBT como uma agenda de alta relevância, que deve ser "cuidada" de forma transversal em todo Sistema Único da Saúde (SUS).

O inúmero processo de violação de direitos humanos relacionada à orientação sexual e identidade de gênero em função de estigmas e processos discriminatórios com a população LGBT está associado à presença de agravante inexistência de dados que revelam a desigualdade de acesso aos serviços de saúde e, tem cada vez mais exigido dos profissionais da saúde uma postura profissional de

3236 acolhimento humanizado desde a porta de entrada na unidade de saúde como de
3237 todos os envolvidos nos cuidados.

3238 Na área da saúde vivenciam-se várias dificuldades:

- 3239 ▪ controvérsias quanto ao uso do nome social;
- 3240 ▪ resistências explícitas e implícitas por parte de equipes de saúde com
3241 posturas discriminatórias;
- 3242 ▪ as pessoas não sabem lidar com as questões relacionadas à sexualidade;
- 3243 ▪ invisibilidade das pessoas que atendem esse segmento;
- 3244 ▪ falta atenção especial à saúde mental da população LGBT, principalmente as
3245 travestis e transexuais, podendo gerar alto índice de suicídio desta
3246 população;
- 3247 ▪ maior prevalência de câncer de mama entre mulheres homossexuais;
- 3248 ▪ baixa frequência de exames preventivos de ginecologia;
- 3249 ▪ falta de acesso á próteses mamárias;
- 3250 ▪ falta acesso ao processo transexualizador; entre outros.

3251 A partir do exposto, podemos concluir que a homofobia no Brasil é estrutural,
3252 operando de forma a desumanizar as expressões de sexualidade divergentes da
3253 heterossexual, denunciando que a sociedade brasileira é extremamente sexista,
3254 machista e misógina. Os números que apresentam a maioria dos agressores como
3255 do sexo masculino atestam como a masculinidade construída socialmente sente-se
3256 ameaçada por outras vivências da sexualidade. O quanto tudo o que foge da
3257 heteronormatividade é visto como doentio criminoso ou que necessita de “correção”.

3258 Considerando os dados acima, propõe-se a nível nacional;

- 3259 ▪ que a homofobia seja criminalizada;
- 3260 ▪ que se realizem campanhas contra a homofobia; e
- 3261 ▪ que instituições públicas possuam em seus códigos de ética o respeito aos
3262 direitos das minorias; entre outros direitos.

3263

3264 Abaixo destacamos algumas ações da saúde a nível municipal:

- 3265 ▪ realizar cursos de educação permanente, formação e capacitação dos
3266 profissionais de saúde;
- 3267 ▪ notificar as violências homofóbicas;
- 3268 ▪ promover ações de vigilância em saúde;
- 3269 ▪ elaborar e produzir cartilhas educativas;

- 3270 ▪ garantir do uso do nome social (já aprovado no SIGA);
- 3271 ▪ ofertar a linha de cuidados atenção integral; atenção especializada (saúde
- 3272 mental; DST/AIDS; usuários de drogas psicoativas; bucal; colocação de
- 3273 próteses; hormonioterapia; fonoaudiologia; mastectomia; etc).

3274

3275 **DESTAQUES**

3276

3277 Em 2011 de janeiro a dezembro foram denunciadas no país 6.809 violações
3278 contra a população LGBT, com 1713 vítimas. Em São Paulo neste mesmo ano,
3279 foram registradas 1022 violações.

3280 Está sendo implantado na UBS Santa Cecília, CRS Centro, a hormonioterapia
3281 para travestis e transgêneros.

3282

3283 **INSTITUIÇÃO**

3284

3285 CENTRO DE REFERÊNCIA DA DIVERSIDADE SEXUAL – PELLA VIDDA.

3286

3287 **LEGISLAÇÕES ESPECÍFICAS**

3288

3289 Decreto municipal nº 51.180 de janeiro de 2010, sobre inclusão do nome social de
3290 pessoas travestis e transexuais nos registros municipais.

3291

3292 Portaria nº 705/SMS de 28/março de 2014- Anexo V, Implantação do protocolo de
3293 terapia hormonal.

3294 9.7. Saúde da População Negra

3295

3296 A população negra brasileira ainda enfrenta um abismo de desigualdades.
3297 São os negros as maiores vítimas da violência, os que sofrem mais com a pobreza,
3298 tem pouca representatividade nas esferas políticas e a renda média muito menor
3299 que a população não negra. Excluídos da mobilidade social, e, com dificuldade de
3300 acesso aos estudos e aos serviços de saúde que persistem na transmissão
3301 geracional como legado da escravidão e suas consequências, entre elas o racismo.
3302 Podemos dizer que o racismo é um dos fatores de produção de vulnerabilidade, ou
3303 seja, expondo as pessoas sujeitas a ele, a maior probabilidade de vitimização,
3304 violência, aos menores níveis educacionais, maiores dificuldades de acesso à
3305 assistência à saúde, à justiça e a mecanismos de solução de conflitos, menor
3306 flexibilidade para residir e frequentar lugares menos violentos.

3307 Com a abolição da escravatura, os negros foram lançados a sua própria sorte
3308 e, não houve na época nenhuma política inclusiva e de reparação no sentido de
3309 sanar ou pelo menos diminuir as perdas que este segmento populacional teve por
3310 ter sido escravizado. O negro é duplamente discriminado no Brasil, por sua situação
3311 socioeconômica e pela a cor da sua pele.

3312 O racismo no Brasil está associado à escravidão. Após a abolição o racismo,
3313 se estrutura como discurso, baseado nas teorias de inferioridade biológica dos
3314 negros, criando estereótipos negativos, que até hoje afetam a sua autoestima.
3315 Desde então as teorias racistas se difundem largamente pela sociedade brasileira. O
3316 racismo consiste em uma atitude depreciativa não baseada em critérios científicos
3317 em relação a algum grupo social ou étnico, ele reforça ao longo do tempo, o baixo
3318 status socioeconômico tornando a população negra excluída dos processos
3319 inerentes à dignidade e cidadania.

3320 O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover
3321 um serviço profissional adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial
3322 ou de estereótipo racistas. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos
3323 discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, os quais são resultantes da
3324 ignorância, da falta de atenção, do preconceito. De qualquer maneira, o racismo
3325 institucional sempre coloca as pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados
3326 em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pelo Estado e por
3327 demais instituições e organizações.

3328 Por que o negro tem menos acesso à saúde do que o branco no Brasil?

3329

3330 A discriminação no sistema de saúde é mais sentida por negros do que por
3331 brancos, é o que mostra a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de caráter racial
3332 realizada em 2015. O sentimento de discriminação nos atendimento é maior entre os
3333 pretos (11,9%) e pardos (11,4%) do que entre os brancos (9,5%). Menos pretos e
3334 pardos saem com avaliação “boa” ou “muito boa” do atendimento, 70,6% e 69,4%%,
3335 em relação aos brancos, 73,5%%. Os negros têm desvantagens em todos os
3336 quesitos pesquisados pela PNS: consultam menos médicos e dentistas, têm menos
3337 acesso a remédios receitados no atendimento, têm menos plano de saúde, usam
3338 menos escova, pasta e fio dental.

3339 Há algumas explicações para a desigualdade racial na saúde. A primeira é o
3340 próprio preconceito: a discriminação aos negros, apesar da miscigenação brasileira,
3341 não acabou. A desigualdade econômica pesa, visto que a população negra tem
3342 menos poder financeiro para pagar um plano de saúde privado do que a branca. Há
3343 também o fato de a informalidade no emprego ser maior entre os pretos e pardos,
3344 por exemplo, as mulheres negras que trabalham como domésticas sem carteira
3345 assinada. E há a questão geográfica, a rede SUS está em maior número em regiões
3346 de classe média e a população negra por fatores históricos está concentrada em
3347 regiões periféricas. Mesmo nas regiões mais pobres a população negra tem mais
3348 dificuldades do que a branca.

3349

3350 DESTAQUE

3351

3352 Violência obstétrica

3353 As mulheres sofrem violência tanto no parto, quanto na situação de
3354 abortamento, sendo o último, o alvo mais legítimo na pratica, no entanto as que dão
3355 “a luz” não estão salvas de serem violentadas institucionalmente, por conta disso,
3356 porque na verdade o grande problema é o SER, mulher negra jovem de periferia,
3357 estas categorias sociais/identitárias definem ou ajudam muito a decisão do
3358 profissional como serão tratadas as pessoas nos serviços de saúde. A violência
3359 institucional, e neste caso especifico de violência obstétrica prejudica o acesso das
3360 mulheres aos serviços de saúde que pode levar a morbimortalidade materna. O

3361 espaço do cuidado e da assistência à saúde, assim como os seus profissionais,
3362 deveria garantir minimamente que as mulheres tivessem o seu risco de adoecer e
3363 morrer reduzidos, no entanto por conta de uma estrutura de sociedade opressora,
3364 desigual e preconceituosa coloca a vida das mulheres em risco a cada momento que
3365 elas entram nos serviços de saúde.

3366 É comum relatos sobre xingamentos, recusa em oferecer algum alívio para a
3367 dor, realização de exames dolorosos e contraindicados até ironias, gritos e
3368 tratamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da
3369 pele foram apontados como tipos de maus tratos sofridos por quem deu a luz nos
3370 hospitais públicos e privados.

3371

3372 **Violência contra a Juventude Negra**

3373 Para além dos fatores socioeconômicos e raciais, a questão geracional tem
3374 um grande peso na vulnerabilidade dos jovens negros. Em 2010, morreram no Brasil
3375 49.932 pessoas vítimas de homicídio, ou seja, 26,2 a cada 100 mil habitantes,
3376 70,6% das vítimas eram negras. Destes óbitos, 26.854 era de jovens entre 15 e 29
3377 que foram vítimas de homicídio, ou seja, 53,5% do total; 74,6% dos jovens
3378 assassinados eram negros e 91,3% das vítimas de homicídio eram do sexo
3379 masculino. Entre 2000 e 2009, diferença entre jovens brancos e negros salta de
3380 4.807 para 12.190 homicídios segundo os dados do DATASUS/Ministério da Saúde
3381 e do Mapa da Violência 2011.

3382 Como medida de enfrentamento e combate ao racismo institucional e a
3383 discriminação, o Ministério da Saúde atendeu a uma reivindicação histórica do
3384 Movimento Negro e institui a Política Nacional de Saúde Integral da População
3385 Negra (PNSIPN), pela Portaria nº 992 de 2009. A PNSIPN reconheceu o racismo, as
3386 desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais
3387 das condições de saúde, que afetam a vida de negros e negras em todo o País.

3388 A integração da Área Técnica da Saúde da População Negra à Coordenação
3389 da Atenção Básica (CAB) tem sido muito importante na implementação da PNSIPN
3390 no Município de São Paulo, o que tem facilitado a inserção de forma transversal às
3391 demandas de saúde da população negra nos diversos programas das diversas
3392 áreas técnicas.

3393

3394

RECOMENDAÇÕES

3395

3396 Combate ao Racismo Institucional:

- 3397 ▪ Incluir nas discussões temas relacionados ao racismo junto às equipes das
3398 unidades e aos grupos já constituídos nos serviços (Pré-Natal, Idosos,
3399 hipertensão, entre outros); nas reuniões com os conselheiros de saúde e com
3400 a população;
- 3401 ▪ Fique atenta aos casos onde problemas sejam causados por racismo,
3402 discriminação;
- 3403 ▪ Divulguem entre a equipe, trabalhadores da unidade, conselheiros e
3404 população, informações sobre as disposições legais que tipificam o racismo
3405 como crime inafiançável e imprescritível, as legislações específicas.
- 3406 ▪ Ampliar as discussões com as escolas e outros equipamentos existentes no
3407 território fortalecendo a parceria;
- 3408 ▪ Fomentar alianças, contribuir para ampliar a mobilização, participação e
3409 controle social (Conselheiros Gestores).

3410 Quesito Raça Cor

- 3411 ▪ Criar e preencher o campo sobre a raça/cor nos formulários utilizados
3412 pelas equipes do NPV;
- 3413 ▪ Colaborar quando possível, na sensibilização dos trabalhadores das
3414 unidades, sobre a importância da coleta da informação sobre a raça/cor;
- 3415 ▪ Utilizar em pesquisas e análises realizadas pelos Núcleos a desagregação
3416 dos dados por raça/cor.

3417 Educação Permanente:

- 3418 ▪ Aprimorar a escuta e acolhimento aos usuários de seus serviços, bem como
3419 adotar práticas de promoção da saúde que compreendam negros e não
3420 negros por meio de práticas Intersetoriais;
- 3421 ▪ Promover ações e atividades de enfrentamento às condutas discriminatórias e
3422 excludentes.

3423 Atividades Intersetoriais:

- 3424 ▪ Articular com os equipamentos disponíveis no território, como: Escolas,
3425 Assistência Social, Associações de Moradores, Associações Recreativas,

- 3426 Instituições Religiosas, Grupo de Mulheres e outra adoção de medidas de
3427 combate ao racismo;
- 3428 ▪ A atuação junto à população e trabalhadores da saúde, na construção de
3429 mecanismos para o enfrentamento ao racismo e ao racismo institucional.

3430

3431 **LEGISLAÇÕES ESPECÍFICAS**

3432

3433 Constituição Federal de 1988

3434 Torna crime o ato de racismo, prevendo reclusão, entre outros valores está o
3435 princípio da igualdade.

3436

3437 Lei nº 1.390 de 3 de julho de 1951 (Lei Afonso Arinos)

3438 Inclui entre as contravenções penais, a prática de atos resultantes de preconceitos
3439 de raça ou de cor.

3440

3441 Lei nº 7.716 de 5 de janeiro de 1989 (Lei Caó)

3442 Amplia o foco das leis anteriores e define os crimes resultantes de preconceito de
3443 raça ou de cor.

3444

3445 Lei nº9. 459 de 13 de maio de 1997 (Lei Paim)

3446 Modifica os artigos 1º e 2º da Lei nº7. 716 de 5 de janeiro de 1989, que define os
3447 crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor.

3448

3449 Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003

3450 Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR)
3451 da Presidência da República

3452

3453 Decreto 4.886 de 20 de novembro de 2003

3454 Institui a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR)

3455

3456 Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 Institui a Política Nacional de Saúde Integral
3457 da População Negra

3458

3459 Lei nº 12.288 de 20 de julho de 2010

3460 Institui o Estatuto da Igualdade Racial

3461

3462 Lei nº 15.764 de 27 de maio de 2013

3463 Cria a Secretaria Municipal de Promoção da Igualdade Racial (SMPIR)

3464

3465 **INSTITUIÇÕES**

3466

3467 **DELEGACIA DE CRIMES RACIAIS E DELITOS DE INTOLERÂNCIA (DECRADI)**

3468 ENDEREÇO: RUA BRIGADEIRO TOBIAS, 527-3º ANDAR-BAIRRO LUZ.

3469 TEL: 3311-3555

3470

3471 **CENTRO DE REFERÊNCIA EM DIREITOS HUMANOS NA PREVENÇÃO E**
3472 **COMBATE AO RACISMO**

3473 ENDEREÇO: PATEO DO COLÉGIO, 5-1º ANDAR – CENTRO.

3474 TEL: 3397-1446

3475 E-MAIL: combateaoracismo@prefeitura.sp.gov.br

3476

3477 É um serviço público municipal responsável por receber, encaminhar e
3478 acompanhar toda e qualquer denuncia de discriminação racial e/ou violência que

3479 tenha fundamento na intolerância racial.

3480

3481 9.8. Saúde da população indígena

3482

3483

3484

3485

3486

3487

3488

3489

3490

3491

3492

3493

3494

3495

3496

3497

3498

3499

3500

3501

3502

3503

3504

3505

3506

3507

3508

3509

3510

3511

3512

3513

3514

3515

No período do século XVI no Brasil a população indígena era estimada em cerca de 5 milhões de pessoas. Foi dizimada pelas expedições colonizadoras e suas manifestações religiosas, aos seus movimentos de resistência e também pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no modo de vida impostas pela colonização e cristianização. A violência perpassa toda história desse segmento expressando-se pela escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos.

Mesmo com o passar dos anos, reflexos deste modelo de colonização ainda perpetuam entre os povos indígenas que enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social. Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica (BIASE, 2010).

São Paulo encontra-se entre os cinco municípios que possui mais de 10 mil indígenas entre sua população. São quatro aldeias, sendo elas: Tenonde, Porã, Krucutu e Jaraqua. Neste cenário constatamos uma população indígena extremamente vulnerável aos diversos tipos de violência. Há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade, o que implica muitas vezes na degradação da natureza e juntamente a degradação dos seus costumes. As condições socioeconômicas precárias, a perda da autoestima, a desestruturação social, e dos valores coletivos geram condições para um processo de perda de identidade e o desencadeamento das violências.

A Secretaria Municipal de Saúde atenta às necessidades de saúde população indígena, criou uma área técnica - Área Técnica de Saúde da População Indígena. Esta tem como objetivo elaborar políticas de saúde delineadas para garantir a atenção integral à saúde da população indígena do município de São Paulo. Observando este panorama e tendo a consciência da importância de políticas na implementação do SUS a este segmento, a Área Técnica de Saúde do Indígena vem

3516 traçando metas e buscando um novo olhar do SUS sobre as questões étnico-
3517 culturais na saúde.

3518 Nesta perspectiva, o cuidado deve ocorrer em contexto étnico-cultural, onde a
3519 medicina tradicional, os dogmas espirituais e a relação constante entre indivíduo,
3520 meio-ambiente e religiosidade, presentes na comunidade indígena, sejam
3521 respeitados e convergidos para um atendimento eficaz e com adesão, satisfatória.

3522 A presente Linha de Cuidado traz em seu bojo o desafio de estabelecer e
3523 fortalecer as novas subjetividades, com novas relações pessoais, com um novo
3524 modo de viver e conviver. Traz consigo a necessidade de formulação de novos
3525 modelos de vínculos, como forma de superação da subjetividade colonial que
3526 permeia as relações (profissionais e pessoais) com os indígenas, uma repetição de
3527 fruto histórico que perpetua a violência.

3528

3529 DESTAQUE

3530

3531 Sexualidade

3532 Há nas comunidades indígenas, com entrada de novas mídias e contato com
3533 novos valores sociais, uma certa banalização da sexualidade e dificuldade em se
3534 lidar com isso.

- 3535 ▪ As informações epidemiológicas revelam que nessa população são altos os
3536 índices de violência contra mulher em função de aspectos socioculturais que
3537 colocam a mulher numa condição de vulnerabilidade frente ao parceiro
3538 masculino;
- 3539 ▪ Aumento do número de gravidez em momento não desejado;
- 3540 ▪ O abuso e exploração sexual também surgem como um problema hoje nas
3541 aldeias, geralmente ligados a questão do uso abusivo de álcool e drogas.

3542

3543 Alcoolismo

3544 O alcoolismo é um grave problema de saúde pública nessas comunidades,
3545 constituindo um agravante para o impacto das violências. Reconhecer o alcoolismo
3546 como um agravo importante, compreender as suas diversas interfaces, envolver a
3547 comunidade, considerar este problema dentro do todo, significa atuar em várias

3548 frentes, respeitar as especificidades etno-culturais e a realidade de cada local. Falar
3549 sobre alcoolismo implica, portanto, em uma visão ampliada de saúde.

3550

3551 **Suicídio**

3552 Igualmente são observados indicadores elevados de suicídios e tentativas de
3553 suicídio. Um conjunto de fatores devem ser interligados para a compreensão deste
3554 fenômeno tão complexo. Perda de vínculos culturais e históricos, abuso de drogas e
3555 bebidas alcoólicas, problemas psíquicos, abusos sexuais, separações de familiares,
3556 isolamento na vida social e familiar, estresse cultural e enfraquecimento do sistema
3557 de crenças e espiritual são fatores de risco.

3558

3559 **INSTITUIÇÕES DE REFERÊNCIA**

3560 SESAI - Secretaria Especial da Saúde Indígena

3561 FUNAI - Fundação Nacional do Índio

3562

3563 **LEGISLAÇÃO**

3564

3565 **CONSTITUIÇÃO FEDERAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

3566 Reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais bem
3567 como estabelece seus direitos sociais, sendo principais os artigos 231 e 232 do
3568 capítulo VIII (Dos Índios) do Título VIII (Da ordem social). Estes direitos são
3569 reafirmados pela Convenção no. 169 da Organização Internacional do Trabalho -
3570 OIT, ratificada pelo Brasil em 2003.

3571

3572

3573 9.9. Programa Ambientes Verdes e Saudáveis

3574

3575 O Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS) está inserido na
3576 Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica, com a percepção de estimular
3577 novos valores e práticas de saúde nas ações de Promoção da Saúde, pautadas na
3578 concepção de espaços saudáveis e sustentáveis, para a melhoria da qualidade de
3579 vida da população. Tem como diretriz o desenvolvimento de políticas públicas
3580 integradas onde se busca compatibilizar desenvolvimento urbano e humano com
3581 preservação e proteção ambiental, favorecendo o desenvolvimento de uma nova
3582 cultura, que se expressa em valores e práticas de responsabilidade cidadã em torno
3583 da defesa da vida e da proteção ambiental na esfera individual e coletiva.

3584 O Programa contribui para a consolidação de uma concepção de saúde e
3585 meio ambiente com evidência para os determinantes do processo saúde doença por
3586 meio de uma agenda integrada saúde e meio ambiente, tendo como eixos
3587 norteadores: a intersetorialidade, a sustentabilidade das intervenções no território, o
3588 empoderamento e efetiva participação da comunidade.

3589 O PAVS faz gestão de projetos socioambientais nas Unidades de Saúde,
3590 tendo como pressupostos a contextualização da realidade local sob a perspectiva de
3591 uma visão sistêmica do mundo, interdependência dos seres e a construção coletiva
3592 e integrada dos conhecimentos, saberes e práticas dos diferentes atores envolvidos.

3593 Com este olhar sobre o território os projetos são desenvolvidos abrangendo
3594 os seguintes eixos temáticos: Horta e Alimentação Saudável, Biodiversidade e
3595 Arborização, Gerenciamento de Resíduos Sólidos, A3P (Agenda Ambiental na
3596 Administração Pública) e Cultura e Comunicação que fazem interface com diversas
3597 áreas técnicas e programas da Saúde, dentre elas com a área de Atenção Integral à
3598 Saúde da Pessoas em Situação de Violência e contando no escopo de seus
3599 projetos, ações de educação para sustentabilidade e cultura de paz.

3600 A maneira mais objetiva de conseguirmos fazer com que as pessoas se
3601 comprometam com uma cidade mais sustentável é levar até elas os conceitos e
3602 práticas da educação para sustentabilidade e da cultura de paz, entendida como “um
3603 conjunto de valores, atitudes, modos de comportamento e de vida que rejeitam a
3604 violência, e que apostam no diálogo e na negociação para prevenir e solucionar
3605 conflitos, agindo sobre suas causas” (ONU,1999).

3606 Esta Cultura de Paz está relacionada à resolução não violenta de conflitos e
3607 se fundamenta nos princípios de preservação do planeta, tolerância, solidariedade,
3608 generosidade, escuta, rejeição a violência, respeito a vida, aos direitos individuais e
3609 ao pluralismo. Esses princípios refletem-se no Manifesto 2000 por uma cultura de
3610 paz e não violência.

3611 Nesta perspectiva o PAVS entende que estes princípios sejam trabalhados
3612 nos projetos socioambientais de forma transversal como meios de despertar o olhar
3613 de um cidadão mais consciente de sua condição de protagonista no processo de
3614 transformação da realidade local, favorecendo o desenvolvimento de uma nova
3615 cultura, que se expressa em valores e práticas de responsabilidade cidadã em torno
3616 da defesa da vida e da proteção ambiental na esfera individual e coletiva.

3617

3618 **Práticas Integrativas em Saúde: composições para Cultura de Paz**

3619 Frente à explosão da hiperespecialização da ciência médica moderna, cabe
3620 ao campo da saúde pública recolocar a questão do saber, ou seja, como definir o ser
3621 humano, e como desvendar as especificidades do campo sócio-cultural. Um dos
3622 caminhos para buscar essa resposta no campo da saúde pública seria promover a
3623 ruptura das barreiras que hoje dificultam a comunicação e o entendimento entre
3624 distintas racionalidades médicas, especialmente entre as visões da medicina
3625 ocidental e a oriental, no sentido de construir um paradigma integrador mais vasto e
3626 mais geral, visando à apreensão do conceito de homem contemporâneo e global. O
3627 desenvolvimento de uma teoria geral mais abrangente e sólida somente é possível
3628 em processo de permanente diálogo entre pensamento e ação.

3629 Graças à crise no seio da ciência e da sociedade, e graças à emergência das
3630 medicinas tradicionais e práticas integrativas em nosso meio, a situação está
3631 começando a mudar. É interessante realçar que uma das situações que caracteriza
3632 a complexidade dos problemas sociais, em especial no campo da saúde pública, é o
3633 enfoque interdisciplinar de que estão sendo alvo as pesquisas científicas e
3634 tecnológicas em todo o mundo.

3635 Todas as áreas da saúde têm merecido aprofundamento de estudos e busca
3636 continuada de transferência de tecnologias, de incremento ao processo educativo
3637 visando à aquisição de novos hábitos por parte da população, no sentido de que
3638 possam alcançar um mínimo de soluções para as contradições que estruturam e
3639 garantem a complexidade investigada. Esse padrão de pesquisa, de caráter

3640 interdisciplinar, vem ganhando espaço no campo da saúde pública. O processo pode
3641 levar à uma “medicina plural”, mais apta a responder aos desafios da complexidade
3642 e à riqueza antropológica da medicina, apesar de nossas próprias visões, e de
3643 nossas próprias representações, que ainda resistem como forma de obstáculos à
3644 comunicação entre as distintas correntes de pensamento.

3645 A SMS-SP vem promovendo a integração entre distintas racionalidades
3646 médicas na rede de saúde por meio da Área Técnica Medicinas Tradicionais,
3647 Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde (MTHPIS). A área trabalha com
3648 modalidades que procuram abordar o indivíduo na integralidade do aspecto físico,
3649 mental e psicoafetivo. Modalidades que em seu conjunto:

- 3650 ▪ Promovem o acolhimento e a humanização dos serviços;
- 3651 ▪ Buscam o despertar da consciência com pensamentos, palavras e atitudes
3652 que fortalecem a paz interior e a serenidade;
- 3653 ▪ Promovem espaços de discussão, e fomento ao combate às iniquidades em
3654 saúde nos níveis loco- regionais;
- 3655 ▪ Ampliam o acesso aos serviços de saúde em articulação com os gestores;
- 3656 ▪ Contribuem para a organização de estratégias de combate às questões de
3657 violência;
- 3658 ▪ Apresentam um modo de compreender e intervir em saúde visando a
3659 produção do cuidado com o outro;
- 3660 ▪ Ampliam a autonomia do indivíduo sobre escolhas de modos de vida mais
3661 saudáveis;
- 3662 ▪ Intervém na dimensão da saúde e dá potência à vida, procurando trazer mais
3663 alegria no seu viver.

3664 As modalidades das práticas integrativas e complementares em saúde mais
3665 difundidas, e que estão presentes em mais de 500 unidades da rede municipal
3666 da saúde são: Lian Gong, Taichi Pai Lin, Xiang Gong, Dança Circular, Meditação,
3667 e a caminhada com grupos populacionais.

3668

3669

3670 **10. Competências**

3671

3672 **10.1. Área Técnica**

3673

3674 ✓ Favorecer a organização de uma Rede de Cuidados envolvendo todos os equipamentos de saúde disponíveis no Município de São Paulo;

3675

3676 ✓ Atender a Portaria 1300/2015 de SMS por meio de apoio técnico aos interlocutores das Coordenadorias Regionais de Saúde e das Supervisões Técnicas de Saúde, visando o fortalecimento da atuação dos NPVs nos estabelecimentos;

3677

3678

3679

3680 ✓ Elaborar projetos de Educação Permanente para a capacitação dos profissionais e qualificação dos serviços, para o acolhimento e atendimento humanizado das pessoas em situação de violência;

3681

3682

3683 ✓ Organizar ações para reduzir a morbimortalidade causada pelas múltiplas expressões da violência no Município de São Paulo;

3684

3685 ✓ Buscar a integração e o fortalecimento da rede de proteção social às pessoas em situação de violência no Município de São Paulo;

3686

3687 ✓ Mapear permanentemente a situação de violência na Cidade, objetivando a construção de ações para assistência às pessoas em situação de violência;

3688

3689 ✓ Contribuir para a consolidação e fortalecimento das notificações dos casos de violência no SINAN;

3690

3691 ✓ Propor a realização de ações transversais entre as diferentes Áreas Técnicas bem como com os distintos níveis de atenção da Secretaria Municipal de Saúde,

3693

3694 ✓ Estimular a promoção à saúde e prevenção da violência, por meio de ações nos territórios;

3695

3696 ✓ Estabelecer um cronograma anual de trabalhos junto às Coordenadorias Regionais de Saúde;

3697

3698 ✓ Favorecer o diálogo e estabelecer parcerias com Instituições afins ao tema, produzindo ações conjuntas, a partir do levantamento e da análise dos dados e dos mapeamentos realizados;

3699

3700

3701 ✓ Consolidar e avaliar os dados para construção de ações de prevenção e assistência às pessoas em situação ou risco de violência.

3702

3703 10.2. **Coordenadorias Regionais de Saúde**

3704

3705 ✓ Favorecer e estimular a organização de uma Rede de Cuidados envolvendo
3706 todos os equipamentos de saúde e outros recursos disponíveis por área de
3707 abrangência;

3708 ✓ Atender a Portaria 1300/2015 de SMS por meio de apoio técnico aos
3709 interlocutores das Supervisões Técnicas de Saúde, visando o fortalecimento
3710 da atuação dos NPVs nos estabelecimentos;

3711 ✓ Sensibilizar e capacitar os profissionais da saúde para realizar o atendimento
3712 e notificação dos casos de violência;

3713 ✓ Divulgar e estimular trabalho em conjunto com as diferentes Áreas Técnicas e
3714 distintos níveis de atenção à nível local,

3715 ✓ Fortalecer regionalmente, os espaços de discussão de casos para
3716 estabelecer projetos de ação coletiva, contribuindo para o desenvolvimento de
3717 tecnologias voltadas à prevenção da violência e construção de uma cultura da
3718 paz;

3719 ✓ Estimular a promoção à saúde e prevenção da violência, por meio de ações
3720 nos territórios;

3721 ✓ Organizar atividades no âmbito técnico-educativas: seminários, oficinas e
3722 mostras relacionadas à prevenção da violência e promoção da cultura de paz;

3723 ✓ Manter atualizado um mapeamento permanente da situação de violência de
3724 sua região, por meio da produção e uso da informação do trabalho integrado
3725 entre assistência e vigilância;

3726 ✓ Consolidar e avaliar os dados para construção de ações de prevenção e
3727 assistência às pessoas em situação ou risco de violência.

3728

3729 10.3. **Supervisões Técnicas de Saúde**

3730

3731 ✓ Atender a Portaria 1300/2015 de SMS por meio de apoio técnico aos Núcleos
3732 de Prevenção de Violência, visando o fortalecimento da atuação dessa equipe
3733 nos estabelecimentos;

- 3734 ✓ Facilitar a articulação entre os diversos serviços na região a fim de garantir a
3735 integralidade do cuidado, através de projetos terapêuticos singulares
3736 compartilhados;
- 3737 ✓ Divulgar e estimular trabalho em conjunto com as diferentes Áreas Técnicas e
3738 distintos níveis de atenção à nível local;
- 3739 ✓ Garantir os espaços para capacitação e o aprofundamento do tema e das
3740 metodologias de intervenção voltadas à prevenção da violência e construção
3741 de uma cultura da paz;
- 3742 ✓ Organizar espaços que contribuam para fortalecer as redes intersetoriais
3743 locais (governamentais e não governamentais) para a prevenção da violência
3744 e promoção da cultura de paz;
- 3745 ✓ Integrar os trabalhos entre a Assistência e a Vigilância à Saúde, e atualizar as
3746 informações de forma a ter um mapeamento permanente da situação de
3747 violência de sua região;
- 3748 ✓ Consolidar e avaliar os dados para construção de ações de prevenção e
3749 assistência às pessoas em situação ou risco de violência.

3750

3751 **10.4. Supervisão das vigilâncias em saúde**

3752

3753 DANT/CCD/COVISA

- 3754 ✓ Organizar a Vigilância das Violências, no âmbito da Secretaria de Saúde, do
3755 Município de São Paulo;
- 3756 ✓ Acompanhar e Apoiar o Trabalho de Interlocação de Vigilância de DANT-
3757 Violência, nas Supervisões Regionais e Locais de Vigilância em Saúde;
- 3758 ✓ Acompanhar e Organizar o Processo de Notificação de Violência, no
3759 Município, por meio da Interlocação Regional e Local de Vigilância de
3760 Violências;
- 3761 ✓ Implantar, Implementar e Monitorar o Sistema de Informação Nacional de
3762 Agravos de Notificação SINAN-Violência na Rede de Atenção à Saúde do
3763 Município, junto com a Gerência de Informação da COVISA;
- 3764 ✓ Estabelecer Fluxos;
- 3765 ✓ Monitorar as Situações de Violência, por meio da Interlocação Regional e
3766 Local de Vigilância;

- 3767 ✓ Consolidar e Analisar a Informação Municipal;
- 3768 ✓ Produzir Diagnósticos, utilizando os Sistemas de Informação de Saúde e de
- 3769 Outros Setores;
- 3770 ✓ Divulgar Informações;
- 3771 ✓ Apoiar, Fomentar e Organizar Fóruns para o Enfrentamento da Violência;
- 3772 ✓ Apoiar a Rede de Vigilância e de Assistência, na Organização e Coordenação
- 3773 de Capacitações de Profissionais das Supervisões Técnicas, SUVIS, Serviços
- 3774 de Saúde, População, Conselhos Gestores, Conselho Municipal de Saúde e
- 3775 de Outros Conselhos;
- 3776 ✓ Avaliar os Processos da Vigilância de Violência, utilizando Indicadores
- 3777 Pactuados;
- 3778 ✓ Formular e pactuar Indicadores junto aos Interlocutores de Vigilância e da
- 3779 Assistência à Saúde;
- 3780 ✓ Apoiar e Participar Ativamente dos Processos de Gestão;
- 3781 ✓ Produzir Material de Apoio para os Profissionais da Rede;
- 3782 ✓ Produzir Peças de Comunicação;
- 3783 ✓ Acompanhar as SUVIS e os Serviços de Saúde em Ações Planejadas nos
- 3784 Territórios;
- 3785 ✓ Realizar Articulação Municipal e apoiar as SUVIS Regional na Articulação
- 3786 com Outros Setores;
- 3787 ✓ Realizar Articulação com Outras Áreas de SMS e de Outros Setores;
- 3788 ✓ Elaborar e Desenvolver Projetos de Intervenção e de Pesquisa Intra e
- 3789 Intersetorias;
- 3790 ✓ Participar da Organização das Redes de Atenção e Linhas de Cuidado de
- 3791 SMS;
- 3792 ✓ Organizar Instrumentos, Informes e Orientações para a Rede de Atenção;
- 3793 ✓ Colaborar na Organização de Portarias da COVISA e da SMS;
- 3794 ✓ Realizar Pareceres Técnicos sobre Instrumentos e Legislações da Área;
- 3795 ✓ Trabalhar em consonância com as diretrizes do SUS/Ministério da Saúde e da
- 3796 Secretaria Municipal da Saúde.
- 3797 SUVIS das Coordenadorias Regionais de Saúde
- 3798 ✓ Organizar a Vigilância das Violências nos Territórios das Coordenadorias
- 3799 Regionais de Saúde por meio da Interlocução de Vigilância DANT/ Violências;

- 3800 ✓ Acompanhar e Organizar o Processo de Notificação de Violência junto das
3801 SUVIS LOCAIS;
- 3802 ✓ Implantar, Implementar e Monitorar o Sistema de Informação Nacional de
3803 Agravos de Notificação SINAN-Violência na Rede de Atenção das
3804 Coordenadorias Regionais de Saúde;
- 3805 ✓ Estabelecer fluxos;
- 3806 ✓ Monitorar as Situações de Violência, na área da Coordenadoria Regional de
3807 Saúde (CRS);
- 3808 ✓ Consolidar e Analisar Informação;
- 3809 ✓ Produzir Diagnósticos de Território, utilizando os Sistemas de Informação de
3810 Saúde e de Outros Setores;
- 3811 ✓ Divulgar Informações;
- 3812 ✓ Apoiar, Fomentar e Organizar Fóruns para o Enfrentamento da Violência nos
3813 Territórios;
- 3814 ✓ Apoiar a Rede de Vigilância e de Assistência, na organização e coordenação
3815 de capacitações de profissionais das Supervisões Técnicas, SUVIS, Serviços
3816 de Saúde, População e Conselhos gestores;
- 3817 ✓ Avaliar os Processos da Vigilância de Violência, utilizando indicadores
3818 pactuados;
- 3819 ✓ Apoiar e Participar Ativamente dos Processos de Gestão Regional;
- 3820 ✓ Produzir Material de apoio para os profissionais da rede;
- 3821 ✓ Acompanhar as SUVIS Locais e os Serviços de Saúde em Ações Planejadas
3822 nos Territórios;
- 3823 ✓ Realizar Articulação Regional e apoiar as SUVIS Local na Articulação com
3824 Outros Setores;
- 3825 ✓ Realizar Articulação com Outras SUVIS Regionais;
- 3826 ✓ Elaborar e Desenvolver Projetos Regionais;
- 3827 ✓ Elaborar e Desenvolver Projetos Municipais junto com a Equipe de Vigilância
3828 de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT;
- 3829 ✓ Participar da Elaboração de Projetos e da Organização das Redes de
3830 Atenção e Linhas de Cuidado de SMS, junto com a Equipe de DANT.
- 3831 SUVIS das Supervisões Técnicas de Saúde
- 3832 ✓ Organizar a Vigilância das Violências nos Territórios por meio da Interlocação
3833 de Vigilância DANT/ Violências;

- 3834 ✓ Organizar o Processo de Notificação de Violência;
- 3835 ✓ Implantar, Implementar e Monitorar o Sistema de Informação Nacional de
- 3836 Agravos de Notificação SINAN-Violência na Rede de Atenção;
- 3837 ✓ Estabelecer fluxos;
- 3838 ✓ Monitorar as Situações de Violência;
- 3839 ✓ Consolidar e Analisar Informação do Território;
- 3840 ✓ Produzir Diagnósticos de Território;
- 3841 ✓ Divulgar Informações;
- 3842 ✓ Apoiar, Fomentar e Organizar Fóruns para o Enfrentamento da Violência nos
- 3843 Territórios;
- 3844 ✓ Apoiar a Rede de Vigilância e de Assistência, na organização, coordenação e
- 3845 participação de capacitações de profissionais, população e conselhos
- 3846 gestores;
- 3847 ✓ Avaliar os Processos da Vigilância de Violência, utilizando indicadores
- 3848 pactuados;
- 3849 ✓ Apoiar e Participar Ativamente dos Processos de Gestão Local;
- 3850 ✓ Produzir Material de apoio para os profissionais da rede;
- 3851 ✓ Acompanhar os Serviços de Saúde em Ações Planejadas no Território;
- 3852 ✓ Realizar Articulação Local com Outros Setores;
- 3853 ✓ Realizar Articulação com Outras SUVIS;
- 3854 ✓ Elaborar e Desenvolver Projetos Locais;
- 3855 ✓ Elaborar e Desenvolver Projetos Regionais, junto com a SUVIS Regional.

3856

3857 **10.5. Unidades Básicas de Saúde**

3858

- 3859 ✓ Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante, sendo esta equipe
- 3860 responsável pela articulação do cuidado além de facilitar a organização do
- 3861 processo e das informações em relação às questões de violência;
- 3862 ✓ O atendimento às pessoas em situação de violência é de responsabilidade de
- 3863 todos os profissionais das Unidades de Saúde, não se restringindo aos
- 3864 profissionais do NPV; Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de
- 3865 violência;

- 3866 ✓ Caso haja necessidade de encaminhamentos para outros serviços, a Unidade
3867 Básica de Saúde deve enviar e-mail institucional com relatório técnico sobre o
3868 caso destinado ao NPV daqueles serviços. Paralelamente elaborar um plano
3869 inicial de cuidados da UBS;
- 3870 ✓ Nessas situações, executar gerenciamento compartilhado do cuidado,
3871 realizando a elaboração do PTS do caso. A UBS deve manter um profissional
3872 de referência para o caso, o qual deve acompanhá-lo até o término do
3873 processo;
- 3874 ✓ Utilizar as tecnologias e os dispositivos relacionados à Cultura de Paz e Não
3875 violência como estratégia para os atendimentos às pessoas em situação de
3876 violência, bem como para as ações desenvolvidas na comunidade;
- 3877 ✓ Favorecer na área de abrangência das unidades de atendimento a criação de
3878 espaços para diálogos intersetoriais, intersecretariais e institucionais;
- 3879 ✓ Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de
3880 violência em local de fácil visibilidade na Unidade;
- 3881 ✓ Desenvolver grupos educativos voltados especificamente ao tema, e
3882 introduzir a temática da violência e Cultura da Paz nos grupos já existentes na
3883 Unidade;
- 3884 ✓ As unidades com Estratégia Saúde da Família terão apenas um Núcleo de
3885 Prevenção de Violência composto por diferentes profissionais, os quais têm
3886 as atribuições de articular e organizar o tema no serviço. Contudo cada
3887 equipe da Estratégia de Saúde da Família deve ser responsável pelo
3888 acolhimento, atendimento e acompanhamento dos casos das pessoas em
3889 situação de violência, em ação integrada com os profissionais do Núcleo de
3890 Apoio à Saúde da Família (NASF). Da mesma forma devem ocorrer com as
3891 equipes de Atenção à Saúde Indígena, equipes de Atenção à População de
3892 Rua e equipes do Programa Acompanhante de Idosos (PAI).

3893

3894 Nos casos de **violência sexual** cabe a UBS realizar:

3895

3896 Notificação imediata no SINAN;

3897 Contracepção e emergência;

3898 Profilaxia DST;

3899 Testagem (sorologia ou teste rápido);
3900 Vacinas hepatite;
3901 Todas as violências sexuais devem ser encaminhadas para as unidades de RME
3902 para profilaxia de HIV;
3903 A UBS deve comunicar a unidade RME sobre processo de alta ao cuidado profilático
3904 em relação à violência sexual.

3905

3906 Nos casos de **tentativa ou ideação suicida** cabe a UBS realizar:
3907
3908 Notificação imediata no SINAN;
3909 Dar início imediato ao tratamento através de consultas e procedimentos necessários;
3910 Encaminhar para o CAPS quando necessário para realizar atendimento
3911 compartilhado;
3912 Encaminhar para os serviços de urgência e emergência quando necessário,
3913 devendo a UBS continuar acompanhando, sendo o serviço de referência do usuário
3914 no território.

3915

3916 **10.6. Assistência Médico Ambulatorial e Ambulatório Médico de** 3917 **Especialidades**

3918

- 3919 ▪ Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante para facilitar a
3920 organização dos processos e das informações em relação às questões de
3921 violência;
- 3922 ▪ A identificação, acolhimento e encaminhamentos necessários às pessoas em
3923 situação de violência são de responsabilidade de todos os profissionais do
3924 AMA e AME;
- 3925 ▪ Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- 3926 ▪ Encaminhar a UBS de referência e-mail institucional com relatório técnico
3927 sobre o caso destinado ao NPV;
- 3928 ▪ Quando pertinente, participar da elaboração do PTS do caso em conjunto
3929 com a Unidade de Saúde;
- 3930 ▪ Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de
3931 violência em local de fácil visibilidade.

3932 10.7. Centro de Convivência e Cooperativa

3933

- 3934 ▪ Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante para facilitar a
- 3935 organização dos processos e das informações em relação às questões de
- 3936 violência;
- 3937 ▪ A identificação, acolhimento e encaminhamentos necessários às pessoas em
- 3938 situação de violência são de responsabilidade de todos os profissionais do
- 3939 CECCO;
- 3940 ▪ Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- 3941 ▪ Encaminhar a UBS de referência e-mail institucional com relatório técnico
- 3942 sobre o caso destinado ao NPV;
- 3943 ▪ Quando pertinente, participar da elaboração do PTS do caso em conjunto
- 3944 com a Unidade de Saúde;
- 3945 ▪ Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de
- 3946 violência em local de fácil visibilidade;
- 3947 ▪ Desenvolver grupos educativos voltados especificamente ao tema, e
- 3948 introduzir a temática da violência e Cultura da Paz nos grupos já existentes;
- 3949 ▪ Desenvolver atividades planejadas para a construção de vínculos e relações
- 3950 de confiança com a comunidade local, visando estimular ações de inclusão
- 3951 socioambientais, humanas, culturais e cidadania;
- 3952 ▪ Estimular estratégias e ações que permitam a inserção dos frequentadores no
- 3953 mercado de trabalho;
- 3954 ▪ Prestar apoio, informação e capacitação multidisciplinares aos usuários das
- 3955 comunidades em situação de vulnerabilidade social e de saúde, com ações
- 3956 que promovam habilidades e competências garantido um conjunto de valores:
- 3957 vida, saúde, solidariedade, bem comum, equidade, democracia, participação,
- 3958 parceria, desenvolvimento social, justiça social, revalorização ética;
- 3959 essenciais para o pleno desenvolvimento da cidadania.

3960

3961 10.8. Unidades de Referência à Saúde do Idoso

3962

- 3963 ▪ Nas URSI's com prédio próprio manter o Núcleo de Prevenção de Violência
- 3964 operante, sendo esta equipe responsável pela articulação do cuidado além de

- 3965 facilitar a organização do processo e das informações em relação às
3966 questões de violência;
- 3967 ▪ Nas URSI's que estão instaladas em Unidade Básica de Saúde, deve haver a
3968 representação de profissional deste serviço no NPV da Unidade.
 - 3969 ▪ A identificação, acolhimento e encaminhamentos necessários às pessoas em
3970 situação de violência são de responsabilidade de todos os profissionais das
3971 URSI's;
 - 3972 ▪ Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
 - 3973 ▪ Encaminhar à UBS de referência e-mail institucional com relatórios técnicos
3974 destinados ao NPV (relatório inicial, relatório de acompanhamento e relatório
3975 de alta) sobre o caso;
 - 3976 ▪ Executar gerenciamento compartilhado, realizando a elaboração do PTS do
3977 caso com a Unidade Básica de Saúde;
 - 3978 ▪ Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de
3979 violência em local de fácil visibilidade;
 - 3980 ▪ Desenvolver grupos educativos voltados especificamente ao tema, e
3981 introduzir a temática da violência e não violência nos grupos já existentes;
 - 3982 ▪ Realizar ações de matriciamento e discussão de casos que fazem parte do
3983 cotidiano da atenção das URSI's com as equipes das Unidades Básicas de
3984 Saúde (UBS) e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) para questões
3985 de violências relacionadas ao idoso.

3986

3987 10.9. **Atenção Ambulatorial Especializada**

3988

- 3989 ▪ Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante para facilitar a
3990 organização dos processos e das informações em relação às questões de
3991 violência;
- 3992 ▪ A identificação, acolhimento e encaminhamentos necessários às pessoas em
3993 situação de violência são de responsabilidade de todos os profissionais do
3994 CECCO;
- 3995 ▪ Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- 3996 ▪ Encaminhar a UBS de referência e-mail institucional com relatório técnico
3997 sobre o caso destinado ao NPV;

- 3998 ▪ Quando pertinente, participar da elaboração do PTS do caso em conjunto
3999 com a Unidade de Saúde;
4000 ▪ Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de
4001 violência em local de fácil visibilidade;

4002

4003 **10.10. Núcleo Integrado de Reabilitação / Núcleo Integrado de Saúde Auditiva /**
4004 **Centro Especializado em Reabilitação**

4005

- 4006 ▪ Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante para facilitar a
4007 organização dos processos e das informações em relação às questões de
4008 violência;
4009 ▪ A identificação, acolhimento e encaminhamentos necessários às pessoas em
4010 situação de violência são de responsabilidade de todos os profissionais do
4011 NIR/NISA/CER;
4012 ▪ Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
4013 ▪ Encaminhar a UBS de referência e-mail institucional com relatório técnico
4014 sobre o caso destinado ao NPV;
4015 ▪ Quando pertinente, participar da elaboração do PTS do caso em conjunto
4016 com a Unidade de Saúde;
4017 ▪ Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de
4018 violência em local de fácil visibilidade;
4019 ▪ Nos serviços com APD – Programa Acompanhante Comunitário de Saúde da
4020 Pessoa com Deficiência, deve haver a representação de profissional desta
4021 equipe no NPV do NIR/NISA/CER.

4022

4023 **10.11. Centro de Atenção Psicossocial**
4024

- 4025 ▪ Conforme a portaria de nº 3088, do Ministério da Saúde que institui a Rede de
4026 Atenção Psicossocial-RAPS, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS
4027 passam a integrar essa rede de cuidados em saúde mental que tem por
4028 objetivo: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
4029 promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com
4030 necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias

- 4031 aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de
4032 atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do
4033 acolhimento contínuo e da atenção às urgências;
- 4034 ▪ Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante como estratégia de
4035 enfrentamento à violência contra a pessoa, nas suas várias formas de
4036 manifestação, cuidado à vítima e possíveis cuidados aos autores da violência;
 - 4037 ▪ Atender de forma articulada com a UBS, às vítimas de violência e suas
4038 famílias, para os casos de violência que necessitem de intervenção de maior
4039 complexidade;
 - 4040 ▪ Elaborar PTS conjunto com as equipes das Unidades Básicas de Saúde
4041 (UBS) e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), dos casos de
4042 violência atendidos pelo CAPS, tendo em vista a integralidade do cuidado e a
4043 articulação da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS;
 - 4044 ▪ Realizar a avaliação da pessoa egressa de serviço hospitalar por tentativa de
4045 suicídio;
 - 4046 ▪ Disponibilizar ações de matriciamento aos serviços de saúde, da assistência,
4047 escolas, entre outros, sobre modos de cuidado e prevenção de atos de
4048 violência contra a pessoa;
 - 4049 ▪ Colaborar com ações educativas que visem à prevenção e o enfrentamento
4050 de práticas de violência contra a pessoa, contribuindo para a promoção da
4051 Cultura de Paz.

4052

4053 **10.12. Rede Municipal Especializada em DST/Aids**

4054

- 4055 ▪ Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante para facilitar a
4056 organização dos processos e das informações em relação às questões de
4057 violência;
- 4058 ▪ A identificação, acolhimento, atendimento (instituir profilaxia para gestão de
4059 HIV e outras DST) e encaminhamentos necessários às pessoas em situação
4060 de violência são de responsabilidade de todos os profissionais das RME;
- 4061 ▪ Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;

- 4062 ▪ Encaminhar à UBS de referência e-mail institucional com relatórios técnicos
4063 (relatório inicial, relatório de acompanhamento e relatório de alta) destinado
4064 ao NPV sobre o caso;
- 4065 ▪ Informar ao usuário que este relatório será encaminhado e orientá-lo à
4066 procurar a UBS de sua referência;
- 4067 ▪ Executar gerenciamento compartilhado, realizando a elaboração do PTS do
4068 caso com a Unidade Básica de Saúde;
- 4069 ▪ Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de
4070 violência em local de fácil visibilidade;
- 4071 ▪ Desenvolver grupos educativos voltados especificamente ao tema, e
4072 introduzir a temática da violência e não violência nos grupos já existentes;
- 4073 ▪ Realizar ações de matriciamento e discussão de casos com as equipes das
4074 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Núcleos de Apoio a Saúde da Família
4075 (NASF) para questões de violências relacionadas à DST/AIDS.

4076

4077 **10.13. Pronto-socorro e pronto atendimento**

4078

- 4079 ▪ Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante para facilitar a
4080 organização dos processos e das informações em relação às questões de
4081 violência;
- 4082 ▪ A identificação, acolhimento e encaminhamentos necessários às pessoas em
4083 situação de violência são de responsabilidade de todos os profissionais do PS
4084 e UPA;
- 4085 ▪ Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- 4086 ▪ Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de
4087 violência em local de fácil visibilidade;

4088

4089

4090

Nos casos de **violência sexual** cabe ao PS, PA e UPA realizar:

4091

4092

Notificação imediata no SINAN;

4093

Contracepção e emergência;

4094 Profilaxia DST;
4095 Testagem (sorologia ou teste rápido);
4096 Vacinas hepatite;
4097 Profilaxia HIV;
4098 Encaminhar UBS de referências.

4099
4100

4101 Nos casos de **tentativa ou ideação suicida** cabe ao PS, PA e UPA realizar:
4102
4103 Notificação imediata no SINAN;
4104 Realizar a escuta qualificada e promover o atendimento e encaminhamento
4105 necessários.
4106 Através de e-mail institucional comunicar os casos ao NPV da Unidade Básica de
4107 Saúde de referência de moradia do usuário.

4108

4109 **10.14. Hospital**

4110

- 4111 ▪ Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante, sendo esta equipe
4112 responsável pela articulação do cuidado além de facilitar a organização do
4113 processo e das informações em relação às questões de violência:
- 4114 ▪ O atendimento às pessoas em situação de violência é de responsabilidade de
4115 todos os profissionais dos serviços hospitalares, não se restringindo aos
4116 profissionais do NPV;
- 4117 ▪ Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- 4118 ▪ Realizar avaliação, tratamento, exames e encaminhamentos que se façam
4119 necessários;
- 4120 ▪ Encaminhar à UBS de referência e-mail institucional com relatórios técnicos
4121 destinados ao NPV sobre o caso;
- 4122 ▪ Acionar a rede de cuidados e proteção social, existente no território, de
4123 acordo com a necessidade e complexidade dos casos;
- 4124 ▪ Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de
4125 violência em local de fácil visibilidade na Unidade.

4126

4127 Nos casos de **violência sexual** cabe ao hospital realizar:

4128

4129 Notificação imediata no SINAN;

4130 Contracepção e emergência;

4131 Profilaxia DST;

4132 Testagem (sorologia ou teste rápido);

4133 Vacinas hepatite;

4134 Profilaxia HIV;

4135 Encaminhar UBS de referência.

4136

4137 Nos casos de **tentativa ou ideação suicida** cabe ao Hospital realizar:

4138

4139 Notificação imediata no SINAN;

4140 Realizar a escuta qualificada e promover o atendimento e encaminhamento necessários.

4142 Através de e-mail institucional comunicar os casos ao NPV da Unidade Básica de Saúde de referência de moradia do usuário.

4144

4145 **10.15. Coordenadoria municipal de atenção às urgências e emergências**

4146

4147 Se as equipes do SAMU suspeitarem ou detectarem pessoas em situação de
4148 violência durante um atendimento deverão:

4149 1. Se houver indicação de atendimento médico hospitalar no momento ou se a
4150 vítima for criança ou adolescente: transportar a vítima para o hospital, anotar
4151 na Ficha de Atendimento a suspeita ou detecção de situação de violência,
4152 deixando cópia dessa ficha no hospital de destino, comunicando o fato ao
4153 profissional que receber o caso no hospital (preferencialmente o médico).

4154 2. Se não houver indicação de atendimento médico hospitalar de urgência e o
4155 paciente não for removido para um hospital, por recusa do próprio paciente ou
4156 por decisão do Médico Regulador, a equipe envolvida no atendimento deverá

4157 ressaltar a situação de suspeita de violência ao Médico Regulador, que
4158 registrará a situação no prontuário eletrônico da Central de Operações.

4159 Em ambos os casos haverá a comunicação de situação de violência,
4160 seguindo instrumental que será encaminhado à Supervisão de Vigilância em Saúde
4161 da CRS correspondente à região do endereço da vítima, com frequência semanal
4162 exceto para os casos que exigem notificação imediata, os quais serão comunicados
4163 diariamente, em menos de 24 horas. A CRS dará prosseguimento para que o
4164 atendimento ao caso ocorra segundo procedimentos definidos nesta Linha de
4165 Cuidado.

4166

4167 **10.16. Atenção domiciliar – Melhor em Casa**

4168

- 4169 ▪ As equipes do Programa Melhor em Casa devem manter a representação de
4170 profissional deste serviço no NPV do estabelecimento de Saúde no qual está
4171 instalado;
- 4172 ▪ A identificação, acolhimento e encaminhamentos necessários às pessoas em
4173 situação de violência são de responsabilidade de todos os profissionais da
4174 equipe do Programa Melhor em Casa;
- 4175 ▪ Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- 4176 ▪ Encaminhar à UBS de referência e-mail institucional com relatórios técnicos
4177 destinado ao NPV (relatório inicial, relatório de acompanhamento e relatório
4178 de alta) sobre o caso;
- 4179 ▪ Executar gerenciamento compartilhado, realizando a elaboração do PTS do
4180 caso com a Unidade Básica de Saúde;
- 4181 ▪ Como estratégias/responsabilidades para o enfrentamento da violência no
4182 núcleo familiar e sua rede de suporte social na atenção domiciliar devemos
4183 nos atentar nas seguintes ações:
 - 4184 ✓ Qualificação da equipe de saúde do Programa Melhor em Casa sobre
4185 a temática violência;
 - 4186 ✓ Participar de ações interinstitucionais voltadas às condições de vida –
4187 vulnerabilidade social.

4188

4189 11. Redes

4190 A complexidade que envolve o fenômeno da violência exige uma diversidade
4191 de ações que não se esgotam em um único setor ou serviço, da sociedade. Devem
4192 envolver órgãos governamentais e não governamentais as famílias e a sociedade
4193 civil. Cada instituição tem importância no enfrentamento da violência, seja com
4194 atendimento, proteção, prevenção, responsabilização do agressor.

4195 Desta forma o cuidado deve ser estabelecido dentro de uma rede de atenção
4196 e proteção social.

4197 As redes permitem a articulação entre diferentes pontos de atenção,
4198 possibilitando ações conjuntas que envolvem trocas de informações e de tecnologias
4199 sobre as questões de violência, possibilitando a construção vínculos e de suporte
4200 necessários para não só compreender, mas também atuar no enfrentamento da
4201 violência.

4202 A rede de cuidado tem por objetivo estabelecer estratégias para o cuidado
4203 integral efetivo e eficaz a população atendida e pressupõe que as decisões sejam
4204 adotadas de forma horizontal nos princípios de igualdade, democracia, cooperação.
4205 E importante o estabelecimento de pactuações e o conhecimento dos contatos das
4206 pessoas e instituições para os encaminhamentos e a assistência nos casos de
4207 violência.

4208

4209 11.1. Rede intrassetorial

4210 As redes de atenção à saúde são organizações que se concretizam por meio
4211 de um conjunto de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por
4212 objetivos comuns e por uma ação contínua e integral a determinada população,
4213 coordenada pela atenção básica. (Mendes, 2009)

4214 A rede intrassetorial da saúde envolve:

- 4215 ▪ Serviços da atenção primária a saúde;
- 4216 ▪ Serviços de atenção especializada, urgência e emergência;
- 4217 ▪ Serviços de saúde mental;
- 4218 ▪ Serviços hospitalares e de pronto atendimento;
- 4219 ▪ Serviços laboratoriais;



4220

4221 Fonte: Linha de cuidado de atenção à saúde integral da criança e adolescente e suas famílias em situação de violência.
4222 Ministério da saúde secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas - Brasília 2012.

4223

4224 Figura 3 - Exemplo de rede intrasectorial de saúde dialogando com o setor saúde no território

4225

4226 11.2. Rede intersectorial

4227

4228 Para além dos serviços de saúde existem outros serviços e setores os quais
4229 são de fundamental importância para a construção rede de cuidado e de proteção
4230 social para as situações de violência, tais como: Educação Assistência Social,
4231 Segurança Pública, Conselho Tutelar, Judiciário, Ministério Público, Habitação,
4232 Direitos Humanos, entre outros.

4233

4234 Os espaços de dialogo, pactuações e ações conjuntas são necessários e
4235 devem ser permanentes a fim de planejar as ações continuadas e integrais para as
4236 pessoas em situação de violência.



4236
4237
4238
4239
4240
4241
4242

Fonte: Linha de cuidado de atenção à saúde integral da criança e adolescente e suas famílias em situação de violência. Ministério da saúde secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas - Brasília 2012.

Figura 4 - Exemplo de rede intersetorial dialogando no território

4243 12. Avaliação e monitoramento

4244 A avaliação da linha de cuidado (LC) tem por objetivo “medir” o acesso e
4245 qualidade da atenção à saúde das pessoas em situação de violência visando apoiar
4246 a tomada de decisão da gestão nos serviços públicos do MSP. O monitoramento,
4247 por sua vez, a partir do diagnóstico e do planejamento, acompanha as ações
4248 propostas para o cuidado definido pela LC.

4249 Neste sentido é necessário conhecer os objetivos propostos para o acesso, a
4250 qualidade, a integralidade nas diferentes etapas desta linha de cuidado e a partir
4251 disso monitorar junto aos serviços de saúde, a capacidade de acolher, atender,
4252 notificar e acompanhar as pessoas em situação de violência seja ela psicológica,
4253 física, negligência/abandono, sexual e/ou autoagressão.

4254 Por se tratar de um fenômeno complexo, com danos à saúde e implicações
4255 nos três níveis de atenção - primária, secundária e terciária, a regulação entre os
4256 diferentes níveis apresenta-se como uma etapa importantíssima para atingir a
4257 integralidade do cuidado. A condução da linha de cuidado implica no fortalecimento
4258 da Atenção Primária, na garantia da referência e contra-referência entre os
4259 diferentes níveis de atenção à saúde, incluindo a rede de urgência e emergência.

4260 Para a avaliação e monitoramento dados primários devem ser levantados por
4261 meio de instrumentais específicos da área técnica de Atenção Integral à Saúde da
4262 Pessoa em situação de Violência.

4263 Neste LC optou-se por utilizar dados secundários presentes nos diversos
4264 sistemas de informação da saúde no MSP, a saber:

4265

4266 ■ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
4267 Notificação segundo grupo definido previamente: Violência Doméstica,
4268 Sexual, Interpessoal e outras.

4269

4270 ■ Sistema de Informação Ambulatorial (SIA);

4271 Procedimentos relacionados à violência

4272 Na relação de procedimentos ambulatoriais há um item específico para
4273 violência sexual: *0301040052 - Atendimento multiprofissional para atenção às*
4274 *pessoas em situação de violência sexual*. Outros procedimentos, realizados
4275 no cuidado de pessoas em situação de violência, são apontados no SIA, por

4276 exemplo, consulta médica, sutura de feridas. Entretanto não há como
4277 agrupar, de maneira fácil e ágil, estes procedimentos, no que tange às
4278 questões de violência, no Boletim de Produção Ambulatorial.
4279

- 4280 ▪ Programa de Aprimoramento da Informação de Mortalidade / Sistema de
4281 Informação de Mortalidade (PRO-AIM/SIM)
4282 Óbito segundo causa básica CID
4283

4284 Na construção da LC não foi possível avaliar o Sistema de Informação
4285 Hospitalar de Urgência e Emergência (HOSPUB) e o Sistema de Informação
4286 Hospitalar (SIH) no que tange as situações de violência. A educação permanente é
4287 um processo que deve ser contínuo para qualificação dos sistemas de informação.

4288 A partir de indicadores pactuados (Pacto pela Saúde e Plano Municipal de
4289 Saúde do MSP) foram definidos indicadores que de alguma forma refletissem o
4290 cuidado e a atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência.

4291 A avaliação e o monitoramento da LC, como um processo dinâmico, permite a
4292 adequação, inclusão / exclusão dos indicadores selecionados no sentido de
4293 qualificar a informação.
4294

Indicador	Número de Notificações de Violência por Estabelecimento
Conceituação	Número absoluto de notificações de agressões e autoagressões informadas pelos estabelecimentos de saúde municipal.
Método de Cálculo	-
Justificativa	A notificação permite conhecer a frequência e a distribuição das situações de violência na população.
Objetivo	Avaliar a sensibilidade dos estabelecimentos de saúde municipais em detectar situações de violência.
Meta	A tendência desejada é de redução do número de notificações de violência. Entretanto, espera-se um aumento das notificações com a diminuição da subnotificação.
Periodicidade	Mensal
Unidade administrativa	Estabelecimento de saúde, Distrito Administrativo, Supervisão Técnica de Saúde, Subprefeitura, Coordenadoria Regional de Saúde e Município.
Fonte do numerador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.
Filtro do numerador	vv_fisica = S OR vv_maustr = S OR vv_neglig = S OR vv_outros = S OR vv_sexual = S
Fonte do denominador	-
Filtro do denominador	-
Observações e informações adicionais	Painel de monitoramento da situação de saúde e da atuação dos serviços de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

4295

4296

Indicador	Razão de Notificação de Violência na Atenção Básica pela População Total (por 10.000)
Conceituação	Número de notificações de agressões e autoagressões realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde, por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de Cálculo	Número de notificações de agressões e autoagressões realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde / População total residente ajustada ao meio do ano (x 10.000).
Justificativa	O fortalecimento da Atenção Básica, no sentido de aumentar sua resolutividade, é uma questão importante no enfrentamento da violência.
Objetivo	Avaliar a capacidade da Atenção Básica em realizar o cuidado das pessoas em situação de violência.
Meta	A tendência desejada é de redução da razão de notificação de violência. Entretanto, espera-se um aumento das notificações com a diminuição da subnotificação.
Periodicidade	Anual
Unidade administrativa	Unidade Básica de Saúde, Distrito Administrativo, Supervisão Técnica de Saúde, Subprefeitura, Coordenadoria Regional de Saúde e Município.
Fonte do numerador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.
Filtro do numerador	Anexo I - CNES UBS vv_fisica = S OR vv_maustr = S OR vv_neglig = S OR vv_outros = S OR vv_sexual = S
Fonte do denominador	CEInfo / SMS-SP; Fundação SEADE
Filtro do denominador	-
Observações e informações adicionais	-

4297

4298

Indicador	Coeficiente de Mortalidade por Agressões (por 100.000)
Conceituação	Número de óbitos por agressões, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de Cálculo	Número de óbitos de residentes por agressões / População total residente ajustada ao meio do ano (x 100.000).
Justificativa	O óbito como desfecho indesejável no cuidado das pessoas em situação de violência, pode ser utilizado para avaliar a magnitude e a severidade das agressões.
Objetivo	Dimensionar a mortalidade por agressão (causa externa) na população residente.
Meta	A tendência desejada é de redução do coeficiente de mortalidade por agressões.
Periodicidade	Anual
Unidade administrativa	Distrito Administrativo, Supervisão Técnica de Saúde, Subprefeitura, Coordenadoria Regional de Saúde e Município.
Fonte do numerador	Programa de Aprimoramento da Informação de Mortalidade – PRO-AIM.
Filtro do numerador	causabas > X849 AND causabas < Y100
Fonte do denominador	População SEADE
Filtro do denominador	-
Observações e informações adicionais	Para a padronização de coeficientes podem ser empregados métodos diretos ou indiretos. Neste caso foi aplicado o método direto utilizando como padrão a população do Município de São Paulo de 2010.

4299

4300

Indicador	Coeficiente de Mortalidade por Suicídios (por 100.000)
Conceituação	Número de óbitos por suicídio, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de Cálculo	Número de óbitos de residentes por suicídio / População total residente ajustada ao meio do ano (x 100.000)
Justificativa	O óbito como desfecho indesejável no cuidado das pessoas em situação de violência, pode ser utilizado para avaliar a magnitude e a severidade das autoagressões.
Objetivo	Dimensionar a mortalidade por autoagressão (causa externa) na população residente.
Meta	A tendência desejada é de redução do coeficiente de mortalidade por suicídios.
Periodicidade	Anual
Unidade administrativa	Distrito Administrativo, Supervisão Técnica de Saúde, Subprefeitura, Coordenadoria Regional de Saúde e Município.
Fonte do numerador	Programa de Aprimoramento da Informação de Mortalidade – PRO-AIM.
Filtro do numerador	causabas > X599 AND causabas < X85
Fonte do denominador	População SEADE
Filtro do denominador	-
Observações e informações adicionais	Para a padronização de coeficientes podem ser empregados métodos diretos ou indiretos. Neste caso foi aplicado o método direto utilizando como padrão a população do Município de São Paulo de 2010.

4301

4302

Indicador	Escolaridade
Conceituação	Descreve o nível da escolaridade dos indivíduos num crescente, dentro das seguintes categorias: analfabeto, 1 ^a a 4 série incompleta do Ensino Fundamental (EF), 4 ^a série completa do Ensino Fundamental, 5 ^a a 8 ^a série incompleta do Ensino Fundamental (EF), Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo, Educação superior incompleta, Educação superior completa, ignorado e não se aplica
Método de Cálculo	N ^o de fichas de notificação com informação relativa à escolaridade preenchida e conhecida / N ^o total de fichas de notificação preenchidas
Justificativa	O nível de escolaridade é hoje considerado o dado mais diretamente relacionado à exclusão social. Esta informação, facilmente obtida é raramente superestimada ou subestimada (é mais comum o indivíduo esconder sua renda do que seu nível de escolaridade); na maioria das vezes este dado também pode ser obtido com o acompanhante.
Objetivo	a) Verificar a qualidade do preenchimento da ficha de notificação; b) Estabelecer, na medida em que houver a excelência do preenchimento com a evolução da meta (ver abaixo “meta evolutiva”) a relação entre volume e/ou tipos de violência e a escolaridade das vítimas.
Meta evolutiva	Mínimo de 60% de preenchimento neste campo no primeiro semestre examinado. Aumento mínimo de 5% ao semestre até chegar a pelo menos 90% de preenchimento deste campo
Periodicidade	Trimestral
Unidade administrativa ou âmbito	Institucional ¹⁰ , local ¹¹ , microrregional ¹² , regional ¹³
Fonte do numerador	SINAN (TabNet)
Fonte do denominador	SINAN (TabNet)

¹⁰ Para as três maiores instituições notificadoras da Coordenação Regional de Saúde (CRS). Sabe-se que as grandes instituições notificadoras “puxam” para cima ou para baixo os valores de seus respectivos territórios, merecendo, portanto, uma análise à parte.

¹¹ Por "local" entende-se aqui o Distrito Administrativo (DA), descrito no banco do SINAN como “Bairro” (campo 43).

¹² Por "microrregional" entende-se aqui a SUVIS ou, de acordo com as necessidades da gestão, a Subprefeitura.

¹³ Por "regional" entende-se aqui a Coordenação Regional de Saúde.

Observações informações adicionais	e a) Por "escolaridade preenchida e conhecida" entende-se que a ficha de notificação neste campo não está sem preenchimento (ou "em branco") ou com a escolaridade preenchida como "Ignorada". b) A categoria "não se aplica" deve ser utilizada somente para crianças abaixo de seis anos de idade.
---	---

4303

Documento em elaboração

Indicador	Raça/cor
Conceituação	Descreve a raça/cor do indivíduo de acordo com as categorias do IBGE: branca, parda, preta, amarela, indígena ou ignorado (a). Também de acordo com os parâmetros do IBGE as cores preta e parda poderão ser agrupadas, produzindo a “raça negra”.
Método de Cálculo	Nº de fichas de notificação com informação preenchida e conhecida relativa à raça/cor / Nº total de fichas de notificação preenchidas
Justificativa	A variável raça/cor é considerada muito importante para estabelecer a vulnerabilidade de certas populações definidas por sua raça, não só para as violências, mas também para vários eventos de interesse para a saúde. Existe uma tendência internacional, encampada pelo Ministério da Saúde, de que este tipo de dado sempre esteja presente em todos os inquéritos e bancos; o interesse por esta informação representa também uma forma de resgate histórico de grupos socialmente excluídos.
Objetivo	a) Verificar a qualidade do preenchimento da ficha; b) Estabelecer, na medida em que houver a excelência do preenchimento com a evolução da meta (ver abaixo “meta evolutiva”) a relação entre volume e/ou tipos de violência e a raça/cor das vítimas.
Meta evolutiva	Mínimo de 60% de preenchimento neste campo no primeiro semestre examinado. Aumento mínimo de 5% ao semestre até chegar a 90% de preenchimento deste campo.
Periodicidade	Trimestral
Unidade administrativa ou âmbito	Institucional ¹⁴ , local ¹⁵ , microrregional ¹⁶ , regional ¹⁷
Fonte do numerador	SINAN (TabNet)
Fonte do denominador	SINAN (TabNet)
Observações informações	e a) Por "raça/cor preenchida e conhecida" entende-se que a ficha de notificação neste campo não está sem preenchimento (ou

¹⁴ Para as três maiores instituições notificadoras da Coordenação Regional de Saúde (CRS). Sabe-se que as grandes instituições notificadoras “puxam” para cima ou para baixo os valores de seus respectivos territórios, merecendo, portanto, uma análise à parte.

¹⁵ Por "local" entende-se aqui o Distrito Administrativo (DA), descrito no banco do SINAN como “Bairro” (campo 43).

¹⁶ Por "microrregional" entende-se aqui a SUVIS ou, de acordo com as necessidades da gestão, a Subprefeitura.

¹⁷ Por "regional" entende-se aqui a Coordenação Regional de Saúde.

adicionais

“em branco”) ou como a escolaridade preenchida como "Ignorada".

b) Sempre auto referida esta informação não pode ser obtida em indivíduos desacordados ou muito feridos, havendo sempre um percentual mínimo esperado de pelo menos 5% de “ignorado”, mesmo nos serviços de melhor qualidade de preenchimento.

4304

Documento em elaboração

Indicador	DA de ocorrência
Conceituação	Informa o DA (distrito administrativo) - um pequeno território a ser geoprocessado e que pode ter grande importância no estudo das violências no Município, formando um painel de suas tendências de expansão ou retração. Aqui o foco está em onde a violência ocorreu e não em onde o indivíduo foi atendido. As informações relativas ao DA de ocorrência da violência não são obtidas diretamente, mas sim através do endereço de ocorrência no bloco "Dados da Ocorrência" referido pela vítima ou pelo acompanhante.
Método de Cálculo	Nº de fichas com informação inferida de DA de ocorrência conhecida / Nº total de fichas de notificação preenchidas
Justificativa	Dentro dos princípios epidemiológicos básicos, é importante conhecer para todos os eventos de interesse a tríade de informações "quem, onde e quando". Numa megalópole das proporções de São Paulo estabelecer o "onde" é cada vez mais estratégico dentro de uma lógica de geo referenciamento, para estabelecer políticas públicas e possibilitar futuras intervenções num território específico.
Objetivo	a) Verificar a qualidade do preenchimento da ficha de notificação (medida indireta); b) Estabelecer, na medida em que houver a excelência do preenchimento com a evolução da meta (ver abaixo "meta evolutiva") a relação entre volume e/ou tipos de violência e o local de ocorrência dos eventos para futuro geo referenciamento das Violências no Município; c) Verificar o trajeto e/ou distância entre o DA de ocorrência e DA de atendimento para conhecer os fluxos da vítimas na diferentes regiões da cidade e sua preferência por determinados serviços.
Meta evolutiva	Mínimo de 40% de preenchimento neste campo no primeiro semestre examinado. Aumento mínimo de 5% ao semestre até chegar a pelo menos 80% de preenchimento deste campo.
Periodicidade	Trimestral
Unidade administrativa ou âmbito	Institucional ¹⁸ , local ¹⁹ , microrregional ²⁰ , regional ²¹

¹⁸ Para as três maiores instituições notificadoras da Coordenação Regional de Saúde (CRS). Saiba-se que as grandes instituições notificadoras "puxam" para cima ou para baixo os valores de seus respectivos territórios, merecendo, portanto, uma análise à parte.

¹⁹ Por "local" entende-se aqui o Distrito Administrativo (DA), descrito no banco do SINAN como "Bairro" (campo 43).

²⁰ Por "microrregional" entende-se aqui a SUVIS ou, de acordo com as necessidades da gestão, a Subprefeitura.

²¹ Por "regional" entende-se aqui a Coordenação Regional de Saúde.

Fonte numerador	do	SINAN (TabNet)
Fonte denominador	do	SINAN (TabNet)
Observações informações adicionais	e	<p>a) Para o Município de São Paulo, no SINAN o DA corresponde ao campo 43 (“Bairro”) e não ao campo 42 (“Distrito”);</p> <p>b) Por “Nº de fichas com informação inferida de DA de ocorrência conhecida” entende-se aquelas fichas com o nome do DA disponível no TabNet, excluindo-se as com informação em branco ou ignoradas</p> <p>c) Ao digitar o endereço (“logradouro” e seus complementos) o programa do SINAN oferecerá automaticamente o DA na forma de “Bairro” (campo 43); se não houver informação de endereço da ocorrência será impossível conhecer o DA de ocorrência.</p>

4305

Documento em elaboração

Indicador	Encaminhamento dos casos de crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade.
Conceituação	Estabelece a proporção de casos de crianças e adolescentes vítimas de violências que foram encaminhados ao Conselho Tutelar a partir do Bloco “Encaminhamento”. Dentro de um fluxo de vigilância correto, todos estes casos deveriam ser informados ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente e ter este encaminhamento (informação sobre a ocorrência do caso) devidamente documentado e registrado no SINAN.
Método de Cálculo	Nº de fichas de notificação com informação de encaminhamento das informações relativas ao caso ao Conselho Tutelar / Nº total de fichas de notificação relativas a indivíduos com menos de 18 anos que tenham sofrido agressão por terceiros ou auto agressão
Justificativa	Existe a obrigação legal de comunicar as instituições pertinentes (no caso do Município de São Paulo a mais presente é o Conselho Tutelar) todas as formas de violência contra a criança e o adolescente. Há também a necessidade de mensurar se a sequência de medidas protetivas preconizadas foi tomada, estabelecendo-se sob o ponto de vista da vigilância, se a cobertura dos casos foi eficaz.
Objetivo	Mensurar o processo de eficácia da vigilância, quantificando o percentual de encaminhamento de casos de menores de idade vítimas de violência ao conselho tutelar.
Meta evolutiva	Mínimo de 80% encaminhamento no primeiro semestre examinado. Aumento mínimo de 5% ao semestre até chegar a pelo menos 95% de preenchimento deste campo. A partir de 95% a evolução contemplará o aumento de pelo menos 1% ao semestre até chegar ao nível ideal de pelo menos 99% de encaminhamento.
Periodicidade	Trimestral
Unidade administrativa ou âmbito	Institucional ²² , local ²³ , microrregional ²⁴ , regional ²⁵
Fonte do numerador	SINAN (TabNet)

²² Para as três maiores instituições notificadoras da Coordenação Regional de Saúde (CRS). Sabe-se que as grandes instituições notificadoras “puxam” para cima ou para baixo os valores de seus respectivos territórios, merecendo, portanto, uma análise à parte.

²³ Por "local" entende-se aqui o Distrito Administrativo (DA), descrito no banco do SINAN como “Bairro” (campo 43).

²⁴ Por "microrregional" entende-se aqui a SUVIS ou, de acordo com as necessidades da gestão, a Subprefeitura.

²⁵ Por "regional" entende-se aqui a Coordenação Regional de Saúde.

Fonte denominador	do	SINAN (TabNet)
Observações informações adicionais	e	O encaminhamento é da informação (comunicado e ou relatório quando necessário) sobre o caso e não necessariamente da vítima.

4306

4307

Documento em elaboração

Indicador	Encaminhamento dos casos de idosos
Conceituação	Estabelece a proporção de casos de idosos (maiores de 60 anos) vítimas de violências que foram encaminhadas aos órgãos de proteção ao idoso a partir do Bloco "Encaminhamento". Dentro de um fluxo de vigilância correto, todos estes casos de idosos deveriam ser informados aos órgãos de proteção ao idoso e ter este encaminhamento (informação sobre a ocorrência do caso) devidamente documentado e registrado no SINAN.
Método de Cálculo	Nº de fichas de notificação com informação de encaminhamento das informações relativas ao caso ao Conselho do idoso e/ou Ministério Público e/ou Defensoria Pública / Nº total de fichas relativas a indivíduos com 60 anos ou + que tenham sofrido agressão por terceiros ou auto agressão.
Justificativa	A agressão ao idoso é um fenômeno que só recentemente vem sendo reconhecido pela sociedade; o crescente número desta população vulnerável torna esta situação ainda mais importante sob o ponto de vista da saúde pública. Existe a obrigação legal de comunicar as instituições de proteção ao idoso todas as formas de violência contra os maiores de 60 anos, Há também a necessidade de mensurar se a sequência de medidas protetivas preconizadas foi tomada, estabelecendo-se sob o ponto de vista da vigilância, se a cobertura dos casos foi eficaz.
Objetivo	Mensurar o processo de eficácia da vigilância quantificando o percentual de encaminhamento de casos de pessoas com 60 ou mais anos de idade, vítimas de violência aos órgãos de proteção ao idoso.
Meta evolutiva	Mínimo de 80% encaminhamento no primeiro semestre examinado. Aumento mínimo de 5% ao semestre até chegar a pelo menos, 95% de preenchimento deste campo. A partir de 95% a evolução contemplará o aumento de pelo menos 1% ao semestre até chegar ao nível ideal de pelo menos 99% de encaminhamento.
Periodicidade	Trimestral
Unidade administrativa ou âmbito	Institucional ²⁶ , local ²⁷ , microrregional ²⁸ , regional ²⁹

²⁶ Para as três maiores instituições notificadoras da Coordenação Regional de Saúde (CRS). Sabe-se que as grandes instituições notificadoras "puxam" para cima ou para baixo os valores de seus respectivos territórios, merecendo, portanto, uma análise à parte.

²⁷ Por "local" entende-se aqui o Distrito Administrativo (DA), descrito no banco do SINAN como "Bairro" (campo 43).

²⁸ Por "microrregional" entende-se aqui a SUVIS ou, de acordo com as necessidades da gestão, a Subprefeitura.

²⁹ Por "regional" entende-se aqui a Coordenação Regional de Saúde.

Fonte do numerador	SINAN (TabNet)
Filtro do denominador	SINAN (TabNet)
Observações e informações adicionais	<p>a) Embora internacionalmente a definição de idoso seja a de indivíduo maior de 65 anos, no Brasil usa-se 60 anos como o marco da entrada na terceira idade ou velhice.</p> <p>b) O encaminhamento é da informação sobre o caso e não necessariamente da vítima</p> <p>c) O termo “órgão ou instituição de proteção ao idoso” inclui aqui a Defensoria Pública, o Ministério Público e o Conselho do Idoso, já que em São Paulo, ao contrário do que acontece com os menores de idade, não existe um único órgão centralizador que receba estas informações.</p>

4308

4309

Documento em elaboração

4310 **13. Anexos**

4311 Anexo I – Ficha de Notificação SIVVA e SINAN

4312

4313 Anexo II - Tabela de legislações

4314

4315 Anexo III - Formulário SAMU

4316

Documento em elaboração

4317 **14. Referências bibliográficas**

4318

4319 Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra (CH): OMS;
4320 2002.

4321

4322 Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. Cad Saúde Pública.
4323 2004 Mai-Jun; 20(3):646-7.

4324

4325 Azevedo MA. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e
4326 adolescentes. In: Westphal MF, organizador. Violência e criança. São Paulo (SP): Editora da
4327 Universidade de São Paulo; 2002. p. 125-35.

4328

4329 Martins CBG, Jorge MHPM. Child abuse: a review of the history and protection policies. Acta Paul
4330 Enferm. 2010 Abr; 23(3):423-8.

4331

4332 Mian M. World report on violence and health: what it means for children and pediatricians. Jornal de
4333 Pediatria, 2004 Out; 145:14-9.

4334

4335 Costa MCO, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa H L. O perfil da violência
4336 contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e
4337 manifestações de violência. Ciênc Saúde Coletiva. 2007 Set-Out; 12(5):87-8.

4338

4339 Sacramento LT; Rezende MM. Violências: lembrando alguns conceitos. Aletheia. 2006 Dez; 24: 95-
4340 104.

4341

4342 Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In:
4343 Westphal MF, organizador. Violência e criança. São Paulo (SP): Editora da Universidade de São
4344 Paulo; 2002. p. 95-11.

4345

4346 Silva LMP, Nascimento CAD, Silva IR, Guimarães, KN. Violência doméstica contra crianças e
4347 adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

4348

4349 Day VP, Telles LE, Zoratto PH, Azambuja MR, Macado DA, Silveira MB. Violência doméstica e suas
4350 diferentes manifestações. Rev Psiquiatria. 2003 Abr; 25(Suppl. 1):9-21.

4351

4352 Hochgraf PB, Brasiliano S. Treatment services for substance abuse that are responsive to gender. A
4353 brazilian experience with drug dependent women. In: United Nations Office on Drugs and Crime
4354 (UNODC). Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. New
4355 York (US): United Nations Publication. 2004; p. 57-96.

4356

4357 Roque EMST. A violência na família contra crianças e adolescentes e a percepção dos operadores do
4358 direito, na comarca de Jardinópolis-SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo,
4359 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2001.

4360

4361 Roque EMST. Estudo das famílias de crianças e adolescentes, vítimas de violência, que sofreram
4362 intervenções da justiça, em comarca de vara única - Estado de São Paulo - Brasil [tese]. Ribeirão
4363 Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.

4364

4365 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo (SP):
4366 Hucitec; 2006.

4367

4368 Alatorre J, Luna R. Significados y prácticas de la paternidad en la ciudad de México. In: Fuller N,
4369 organizador. Paternidades en América Latina. Lima (PE): Fondo Editorial PUCP; 2000; p. 241-
4370 75.

4371

4372 Gomez, GQ. A maternidade sob a ótica da teoria pulsional. Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica
4373 [online]. 2007 Jul.

4374

4375 Spitz RA. O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das
4376 relações objetais. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1979.

4377

4378 Bowlby J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1988.

- 4377
4378 Serralha CA. Winnicott com Gabrielle e seus pais. Nat Hum [online]. 2009.
4379
4380 Brito-Dias CMS. A importância dos avós no contexto familiar. Psicologia: teoria e pesquisa. 1994 Jan-
4381 Abr; 10: 31-40.
4382
4383 Soares MPG, Franco ALS, Carvalho AMA. Crianças que cuidam de irmãos com necessidades
4384 especiais. Psic: Teor e Pesq [online]. 2009
4385
4386 Lewis M. Social development in infancy and early childhood. In: Osofsky JD, organizador. Handbook
4387 of infant development, New York (US): Wiley; 1987. p 419-93.
4388
4389 Rabelo, CJ. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. Rev Saúde Pública. Dez 2007;
4390 41(6):970-8.
4391
4392 Gomes R, Deslades SF, Veiga MM, Bhering C, Santos JFC. Por quê as crianças são maltratadas?
4393 Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. Cad. Saúde Pública. 2002 Mai-Jun;
4394 18(3):707-14.
4395
4396 Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra
4397 crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. Ciênc Saúde Coletiva; 2005 Dez;
4398 10: 143-9.
4399
4400 Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características
4401 relativas à vitimização nas relações familiares. Cad Saúde Pública. 2004 Mar-Abr; 20(2):456-64.
4402
4403 Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ. O uso de palmadas e surras como prática educativa.
4404 Estudos Psicol. 2004 Jul; 9: 227-37.
4405
4406 Brundenell I. A grounded theory of protecting recovery during transition to motherhood. Am Journal
4407 Drug Alcohol Abuse. 1997 Aug; 23(3):453-66.
4408
4409 Martins CBG, Jorge MHPM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores
4410 em município do sul do Brasil. Texto Contexto Enferm. 2010 Abr-Jun; 19(2):246-55
4411
4412 Sanchez RN, Minayo MCS. Violencia contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de
4413 saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Violência faz mal à saúde. Brasília (DF): Ministério da saúde;
4414 2006.
4415 Bringiotti MI. Las familias en "situación de riesgo": en los casos de violencia familiar y maltrato infantil.
4416 Texto Contexto Enferm. 2005 Nov; 14(Esp):78-85.
4417
4418 SCHRAIBER, L.B. et al. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os*
4419 *direitos humanos*. São Paulo: Unesp; 2005.
4420 SA FFIOT I, H. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
4421
4422 ROTHMAN , E.F.; BUT CHART, A.; CERDA , M. *Intervening with perpetrators of intimatepartner*
4423 *violence: a global perspective*. Geneva: World Health Organization; 2003.
4424
4425 MINA YO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad.Saúde Pública*,
4426 v. 20, n. 3, p. 646-647, 2004.
4427
4428 GREIG, A. *Political connections: men, gender and violence*. Disponível em: [http://www.741un-](http://www.741un-instraw.org/en/docs/mensroles/Greig.pdf)
4429 [instraw.org/en/docs/mensroles/Greig.pdf](http://www.741un-instraw.org/en/docs/mensroles/Greig.pdf).
4430
4431 BITTAR, Daniela Borges and NAKANO, Ana Márcia Spanó. Violência intrafamiliar: análise da história
4432 de vida de mães agressoras e toxicod dependentes no contexto da família de origem.
4433
4434 ABRAMOVAY, M. et al. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios*
4435 *para as políticas públicas*. Edições Unesco-brasil. Brasília: UNESCO, bid, 2002.

- 4436 BARNETT, D. The effects of early intervention on maltreating parents and their children. In:
4437 GURALNICK, M. J. (Org.). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes
4438 Publishing Co, 1997.
4439
- 4440 BENETTI, S.P. Maus tratos da criança: abordagem preventiva. In: HUTZ, C.S. (Org.). *Situações de*
4441 *risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*.
4442 São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
4443
- 4444 CECCONELLO, A. M.; DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Práticas educativas, estilos parentais e abuso
4445 físico no contexto familiar. *Psicologia em estudo*, Maringá, v.8, n.spe, p. 45-54, 2003.
4446
- 4447 CHAUI, M. Uma ideologia perversa: explicações para a violência impedem que a violência real se
4448 torne compreensível. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 14 de março de 1999. Caderno Mais, p.3-
4449 5
4450
- 4451 DAVILA, Y.R. Teaching nursing students to assess and intervene for domestic
4452 violence. *Int.J.Nurs.Educ.Scholarsh*, Michigan, v. 2, n. 1, p. 1-11, 2005.
4453
- 4454 GONÇALVES, H.S. *Infância e violência no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.
4455
- 4456 GUERRA, V. N. A. *A violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. 3.ed. São Paulo:
4457 Cortez,1998.
4458
- 4459 HATHAWAY, J.E. et al. Impact of partner abuse on women's reproductive lives. *J.Am.*
4460 *Med.Womens.Assoc*, US, v.60, n.1, p. 42-45, 2005.
4461
- 4462 HERZIG, K. et al. Seizing the 9-month moment: addressing behavioral risks in prenatal
4463 patients. *Patient.Educ.Couns*, San Francisco, v.61, n. 2, p.228-35, 2006.
4464
- 4465 JAFFEE, S.R. et al. When parents have a history of conduct disorder: how is the caregiving
4466 environment affected?. *J.Abnorm.Psycho*, US, v.115, n. 2, p.309-19, 2006.
4467
- 4468 KENDALL-TACKET, K. A.; WILLIAMS L. M.; FINKELHORN, D. Impact of sexual abuse on children: a
4469 review and synthesis of recent empirical findings. *Psychological Bulletin*, Washington, v.113, n.1,
4470 p.164-180, 1993.
4471
- 4472 KOLKO, D. J. Characteristics of child victims of physical violence: research findings and clinical
4473 applications. *Journal of Interpersonal Violence*, Washington, v.7, n. 2, p.244-276, 1992.
4474
- 4475 MALINOSKY-RUMMEL, R.; HANSEN, D. J. Long-term consequences of childhood physical
4476 abuse. *Psychological Bulletin*, Washington, v. 14, n. 1, p. 68-79, 1993.
4477
- 4478 MCGOWAN, A.K. et al. Child and adolescent violent deaths: an epidemiologic
4479 investigation. *J.Natl.Med.Assoc*, US, v.98, n. 2, p.158-64, 2006.
4480
- 4481 MEICHENBAUM, D. Victims of child sexual abuse. In: MEICHENBAUM, D. *A clinical*
4482 *handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with pos-traumatic stress*
4483 *disorder (PSTD)*. Waterloo, Ontario: Institute Press, 1994. p. 81-91.
4484
- 4485 MENEZES, T. C. et al. Violência física, doméstica e gestação: resultados de um inquérito no
4486 puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p.309-316,
4487 2003.
4488
- 4489 MINAYO, M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In:
4490 WESTPHAL, M. F. (Org). *Violência e criança*. São Paulo: Edusp, 2002.
4491
- 4492 NARAYAN, A.P.; SOCOLAR, R.R.; CLAIRE, K. Pediatric residency training in child abuse and neglect
4493 in the United Status. *Pediatrics*, v. 6, n. 117, p.215-221, 2006.
4494

- 4495 NICHOLSON, J. et al. A comparison of mothers with co-occurring disorders and histories of violence
4496 living with or separated from minor children. *J.Behav.Health.Serv.Res*, US, v.33, n.2, p. 225-43,
4497 2006.
- 4498
4499 ONDERSMA, S.J. et al. The association between caregiver substance abuse and self-reported
4500 violence exposure among young urban children. *Journal of Traumatic Stress*, New York, US, v. 1, n
4501 19, p.107-180, 2006.
- 4502
4503 OZER, E.J.; MCDONALD, K.L. Exposure to violence and mental health among chinese american
4504 urban adolescents. *J.Adolesc.Health*, New York, v.39, n.1, p.73-9, 2006.
- 4505
4506 PINHEIRO, F.M.F. *Violência intrafamiliar e envolvimento em bullying no ensino fundamental*. 2006.
4507 Dissertação (Mestrado em Educação Especial)- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
4508 2006.
- 4509
4510 SANSONE, R.A. et al. Childhood trauma and employment disability. *International Journal of*
4511 *Psychiatry.Med*, New York, US, v. 4, n. 35, p.395-404, 2005.
- 4512
4513 SANTOS, G. E. *Intervenção com famílias portadoras de necessidades especiais: o caso de pais*
4514 *agressores*. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São
4515 Carlos, São Carlos, 2001.
- 4516
4517 SOBSEY, D. Enough is enough, there is no excuse for a hundred years of violence against people
4518 with disabilities. In: SOBSEY, D. et al. *Violence and disability: an annotated bibliography*. Baltimore:
4519 Paul H. Brookes Publishing, 1995.
- 4520
4521 SOURANDER, A. et al. Childhood predictors of male criminality: a prospective population-based
4522 follow-up study from age 8 to late adolescence. *J.Am.Acad.Child.Adolesc.Psychiatry*, Hagerstown, n.
4523 45, v. 5, p.578-86, 2006.
- 4524
4525 STERNBERG, K. J. et al. Effects of early and later family violence on children's behavior problems
4526 and depression: a longitudinal, multi-informant erspective. *Child Abuse & Neglect*, Elmsford, New
4527 York, v.30, n.3, p.283-306, 2006.
- 4528
4529 SWANSON, J.W. et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of*
4530 *General Psychiatry*, Chicago, v.63, n. 5, p.490-499, 2006.
- 4531
4532 TEICHER, M. H. et al. Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood
4533 maltreatment. *American Journal Psychiatry*, Washington, v.163, n. 6, p.993-1000, 2006.
- 4534
4535 TEICHER, M. H. Feridas que não cicatrizam: a neurobiologia do abuso infantil. *Scientific American*
4536 *Brasil*, São Paulo.
- 4537
4538 WEBSTER-SRATTON, C. Early intervention for families of pre-school children with conduct problems.
4539 In: GURALNICK, M.J. (Org.) *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brooks,
4540 1997.
- 4541
4542 WILLIAMS, L.C.A. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de
4543 área. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v.9, n.2, p.141-154, 2003.
- 4544
4545 14.1. Bibliografia ofensores:
- 4546
4547 SCHRAIBER, L.B. et al. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os*
4548 *direitos humanos*. São Paulo: Unesp; 2005.
- 4549
4550 SAFFIOTI, H. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
- 4551
4552 ROTHMAN , E.F.; BUT CHART, A.; CERDA , M. *Intervening with perpetrators of intimatepartner*
4553 *violence: a global perspective*. Geneva: World Health Organization; 2003.
- 4554

- 4555 MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad.Saúde Pública*,
4556 v. 20, n. 3, p. 646-647, 2004.
4557
- 4558 GREIG, A. *Political connections: men, gender and violence*. Disponível em: [http://www. 741un-](http://www.741un-)
4559 [instraw.org/en/docs/mensroles/Greig.pdf](http://www.741un-instraw.org/en/docs/mensroles/Greig.pdf).
4560
- 4561 BITTAR, Daniela Borges and NAKANO, Ana Márcia Spanó. Violência intrafamiliar: análise da
4562 história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem.
4563
- 4564
- 4565 14.2. Bibliografia mulher
4566
- 4567 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher, Norma
4568 Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e
4569 adolescentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
4570
- 4571 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher, Norma
4572 Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento.
4573 Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2010.
4574
- 4575 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas
4576 Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas
4577 famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da
4578 Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –
4579 Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
4580
- 4581 Normas e Rotinas para o Atendimento das Vítimas de Violência Sexual. Prefeitura de São Paulo -
4582 Secretaria Municipal de Saúde. Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes
4583 Altenfelder Silva- Vila Nova Cachoeirinha, 2012.
4584
- 4585 Violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei: manual de orientação FEBRASGO. Jorge
4586 Andalaft Neto. – São Paulo: Ponto, 2004.
4587
- 4588 Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de
4589 mulheres vítimas de estupro. Ver. Bras. Ginecologia. Obstet. Aníbal Faúndes, Cristiano Fernando
4590 Rosas, Aloísio José Bedone, Luis Távora Orozco. UNICAMP, 2006.
4591
- 4592 SCHARAIBER L. B., D'OLIVEIRA A.F.P.L. - O que devem saber os profissionais de saúde para
4593 promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica, 2002
4594 BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Técnica - Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da
4595 violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, 2012
4596
4597
- 4598 14.3. Bibliografia homem
4599
- 4600 ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde*
4601 *Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 2, p. 465-469, 2003.
4602
- 4603 _____. *O impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria
4604 de Vigilância em Saúde, 2005.
4605
- 4606 BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão
4607 bioética sobre justiça distributiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104,
4608 2005.
4609
- 4610 CECCHETTO, F. R. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
4611
- 4612 COUTO, M., SCHARAIBER, L. B. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da
4613 saúde coletiva. In: MINAYO, M.C.; COIMBRA JR., C.E.A. (Org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais*
4614 *e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

- 4615
4616 FORBES, J. *Você quer o que deseja?* São Paulo: Best Seller, 2003.
4617
4618 GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.
4619 10, n. 1, 1994.
4620
4621 GREGORI, M. F. As desventuras do vitimismo. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 143-150,
4622 1993.
4623
4624 KRUG, E.G. *et al.* (Eds). Sexual Violence. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Report on*
4625 *Violence and Health*. Geneva: WHO, 2002.
4626
4627 MACHADO, L. Z. Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. In:
4628 SCHPUN, M. R. (Org). *As várias dimensões do masculino: traçando itinerários possíveis*. São Paulo:
4629 Boitempo, 2004.
4630
4631 MINAYO, M. C. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*.
4632 Rio de Janeiro, n. 10, p. 7-18, 1994.
4633
4634 PIMENTEL, S., SCHRITZMEYER, A. L., PANDJIARJIAN, V. *Estupro: crime ou "cortesia"?* Abordagem
4635 sócio-jurídica de gênero. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1998.
4636
4637 MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de
4638 Políticas de Saúde – Políticas de Saúde. Metodologia de Formulação, Brasília, 1998
4639 MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas –
4640 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes, Brasília, 2004.
4641
4642 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por
4643 Inquérito Telefônico - Vigitel Brasil 2007. Estimativas sobre frequência e Distribuição sócio
4644 demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados
4645 brasileiros e no Distrito Federal em 2007. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série G. Estatística e
4646 Informação em Saúde.
4647
4648 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas
4649 Estratégicas - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006
4650
4651 MACHADO, L. Z. Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. In:
4652 SCHPUN, M. R. (Org). *As várias dimensões do masculino: traçando itinerários possíveis*. São Paulo:
4653 Boitempo, 2004.
4654
4655 SARTI, Cynthia Andersen; BARBOSA, Rosana Machin and SUAREZ, Marcelo Mendes. Violência e
4656 gênero: vítimas demarcadas. *Physis* [online]. 2006, vol.16, n.2 [cited 2015-08-28], pp. 167-183.
4657
4658 OLIVEIRA, E. M., BARBOSA, R. M. et al. Atendimento às vítimas de violência sexual: um estudo
4659 qualitativo. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 3, 2005.
4660
4661 SARTI, C. A. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. *Physis: Revista de*
4662 *Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 107-126, 2005.
4663
4664 SCHRAIBER, L.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e*
4665 *Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 7-17, 2005.
4666
4667 SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface -*
4668 *Comunicação, Saúde e Educação*, v. 3, n. 5, 1999.
4669
4670 SEGATTO, R. A estrutura de gênero e a injunção do estupro. In: Suarez, M., Bandeira, L.
4671 (Org.). *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Editora UnB, 1999.
4672

- 4673 SOARES, L. E. Juventude e violência no Brasil contemporâneo In: NOVAES, R., VANNUCCHI, P.
4674 (Orgs.). *Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Editora
4675 Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 130-159.
4676
- 4677 SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da
4678 saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.
4679
- 4680 SUÁREZ, M.; SILVA, A. P. et al. *Reflexões sobre a noção de crime sexual*. Brasília: UnB, 1995 (Série
4681 Antropológica, 178).
4682
- 4683 SUÁREZ, M.; BANDEIRA, L. (Orgs.). *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Editora
4684 UnB, 1999.
4685
- 4686 SUAREZ, M.; MACHADO, L. Z.; BANDEIRA, L. Violência, sexualidade e saúde reprodutiva. In:
4687 GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1999. p.
4688 277-309.
4689
- 4690
- 4691 14.4. Bibliografia Criança/Adolescente
4692
- 4693 Assis, S. G., Pesce, R. P., & Avanci, J. Q. (2006). Resiliência: enfatizando a proteção dos
4694 adolescentes. Porto Alegre: Artmed.
4695
- 4696 Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência - ABRAPIA.
4697 Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. Disponível na Internet:
4698 <http://www.bullying.com.br/>
4699
- 4700 Assis SG; Minayo MCS; Santoro Jr.M. Violência e Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes: Velho
4701 Problema com Novas Faces. In: Waksman RD; Gikas RMC. Segurança na Infância e adolescência.
4702 Série Atualizações Pediátricas da Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo, Atheneu, 2003,
4703 137-56.
4704
- 4705 Azevedo MA, Guerra VNA. Crianças Vitimizadas: a síndrome do Pequeno Poder. São Paulo, Editora
4706 Iglu, 1989, 10-15. 5. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei federal nº 8.069 de
4707 13/07/1990.
4708
- 4709 Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos
4710 profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília, Ministério da Saúde,
4711 2002;167: 1-48.
4712
- 4713 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas
4714 Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas
4715 famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da
4716 Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –
4717 Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
4718
- 4719 Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes. Coordenação de
4720 Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.
4721
- 4722 BUSS, Paulo Marchiori . Promoção da saúde e qualidade de vida. CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA.
4723 Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.
4724
- 4725 Cardoso ACA: Maus-tratos infantis: estudos clínico, social e psicológico de um grupo de crianças
4726 internadas no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP. Tese apresentada à
4727 Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em
4728 Medicina, Área de Concentração: Pediatria. São Paulo, 2002.
4729
- 4730 Cardoso ACA, Coelho HMM, Harada MJC S, Hirschheimer MR, Gikas RC, Waksman RD, Lopez
4731 RMD, Lerner T. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência
4732 física (maus-tratos). *Pediatria Moderna*, 2003, 39:354-62.

- 4733
4734 CRAMI / Centro Regional aos Maus-Tratos na Infância. Abuso sexual doméstico: atendimento às
4735 vítimas e responsabilização do agressor. São Paulo, Cortez, Brasília, DF, UNICEF, 2002.
4736
4737 Deslandes SF. Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro,
4738 FIOCRUZ/ENSP/CLAVES, 1994. 40p.
4739
4740 Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *Jornal de*
4741 *Pediatria* 2005; 81 (5 - Supl): S173-80.
4742
4743 Hirschheimer MR: Fundamentos éticos e legais do atendimento a vítimas de acidentes e violência. In:
4744 Campos JÁ, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD. *Manual de Segurança da*
4745 *Criança e do Adolescente*. SBP, Rio de Janeiro, 2003, 299-311.
4746
4747 MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori .
4748 *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA. Rio de Janeiro, v.
4749 5, n. 1, p.7-18, 2000.
4750
4751 Kipper DJ. Maus tratos na infância. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, fev. 1999.
4752
4753 Oselka G, Constantino CF, Hirschheimer MR: Aspectos éticos do relacionamento entre profissional de
4754 saúde e o paciente pediátrico. In: Segre M. *A questão ética e a saúde humana*. São Paulo, Atheneu,
4755 2006, 101-4.
4756
4757 Pfeiffer L, Cardon L. Visão atual da violência contra crianças e adolescentes. *Revista OAB, OAB.*
4758 *Paraná*, 12-2006.
4759
4760 Pfeiffer L, Waksman RD, Alves EFS, Cardoso ACA, Frantz JM, Gonçalves MT, Hirschheimer MR,
4761 Lerner T, Marinoni LP, Oliveira VL. Violência na Infância e Adolescência. In: Campos JÁ, Paes CEN,
4762 Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD. *Manual de Segurança da Criança e do Adolescente*.
4763 SBP, Rio de Janeiro, 2003, 195-278.
4764
4765 SANDERSON, C. *Abuso Sexual em Crianças*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda, 2005.
4766
4767 Santos MCCL. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. In: Westphal, MF. et al. *Violência e*
4768 *Criança*. São Paulo: EDUSP, 2002, 189-204.
4769
4770
4771 14.5. Bibliografia idoso
4772
4773 Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário
4774 superar. / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Texto de Maria Cecília de
4775 Souza Minayo. — Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.
4776 Brasil. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras
4777 providências. *Diário Oficial da União*. 03 out 2003.
4778 Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o
4779 conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
4780
4781 Figueiredo CRDL. Apresentação. In: São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. *Caderno de Violência*
4782 *contra a Pessoa Idosa*. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde -
4783 CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. p11.
4784
4785 Araneda NG. Violência contra pessoas idosas: uma realidade oculta. In: São Paulo (Cidade).
4786 Secretaria da Saúde. *Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa*. Coordenação de
4787 Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. p21-22.
4788
4789 Mercadante EF. Algumas reflexões sobre o lugar social da velhice e do velho. In: São Paulo (Cidade).
4790 Secretaria da Saúde. *Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa*. Coordenação de
4791 Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. p16-17.
4792

- 4793 Paschoal SMP. Envelhecer com dignidade: um direito humano fundamental. In: São Paulo (Cidade).
4794 Secretaria da Saúde. Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa. Coordenação de
4795 Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. p13-15.
4796
4797 Berzins MAVS. Violência contra a pessoa idosa: Vamos romper o pacto do silêncio. In: São Paulo
4798 (Cidade). Secretaria da Saúde. Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa. Coordenação de
4799 Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. p23-25.
4800
4801 São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa. Coordenação
4802 de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. 68p.
4803
4804 Organização Mundial da Saúde – Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra. 2002.
4805
4806 Minayo MCS. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Brasília;
4807 Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.
4808
4809
4810 14.6. Bibliografia população indígena
4811
4812 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS- Ministério da Saude -
4813 2202
4814
4815 Azevedo, R. C. S. (1999). Drogas e trabalho. In L. A. M. Guimarães & S. Grubits. *Saúde Mental e*
4816 *Trabalho: Vol. 1* (pp. 13-24). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
4817
4818 Bales, R. (1991). Cultural differences in rates of alcoholism. *Quartely Journal of Studies on Alcohol*,
4819 6(6), 480-499. (Original publicado em 1946)
4820
4821 Berlin, I. N. (1987). Suicide among American Indian adolescents: An overview. *Suicide Life Threat*
4822 *Behav, Fall, 17*(3), 218-232.
4823
4824 Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª
4825 edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. 1. Saúde dos Povos
4826 Indígenas. Título.
4827
4828 Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). Psicologia e Povos Indígenas – São Paulo/SP:
4829 CRPSP, 2010. Pag. 172-195.
4830
4831 Conselho Indigenista Missionário. Relatório Violência contra os povos indígenas no Brasil Dados de
4832 2010 – Brasília, DF- CIMI, 2010.
4833
4834 Coimbra, C. E. A., Jr., Santos, R. V., & Escobar, A. L. (Eds.). (2003). *Epidemiologia e saúde dos*
4835 *povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz/ABRASCO.
4836
4837 Coloma, C. (2001). Processo de alcoolização no contexto das nações indígenas. In *Anais do*
4838 *Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas* (pp. 127-148). Brasília, DF:
4839 Ministério da Saúde. Conselho Indigenista Missionário. (2005). *Povos indígenas do Brasil*.
4840
4841 Erthal, R. M. C. (2001). O suicídio tikúna no Alto Solimões: Uma expressão de conflitos. *Cadernos de*
4842 *Saúde Pública, 17*(2), 299-311.
4843
4844 Federman, E. B., Costello, E. J., Angold, A., Farmer, E. M., & Erkanli, A. (1997, Mar. 14).
4845 Development of substance use and psychiatric comorbidity in an epidemiologic study of white and
4846 American Indian young adolescents the Great Smoky Mountains Study. *Drug and Alcohol*
4847 *Dependence, 44*(2-3), 69-78.
4848 Garcia-Andrade, C., Wall, T., & Ehlers, C. L. (1997). The firewater myth and response to alcohol in
4849 Mission Indians. *American Journal of Psychiatry, 154*(7), 983-988.
4850
4851 Lacerda, A. L. T. (1999). Alcoolismo e trabalho. In L. A. M. Guimarães & S. Grubits. *Saúde Mental e*
4852 *Trabalho: Vol. 1* (pp. 04-12). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

- 4853
4854 Langdon, E. J. (1997). *A Tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: São compatíveis os*
4855 *saberes biomédicos e saberes indígenas?* Trabalho apresentado na Conferência sobre Tolerância da
4856 Universidade de São Paulo, SP.
4857
4858 Langdon, J. E. (2001). O que beber, como beber e quando beber: O contexto sociocultural no
4859 alcoolismo entre as populações indígenas. In *Anais do Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre*
4860 *os Povos Indígenas* (pp. 83-97). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
4861
4862 Oliveira, M. (2001). Alcoolismo entre os Kaingáng: Do sagrado e lúdico à dependência. In *Anais do*
4863 *Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas* (pp. 99-125). Brasília, DF:
4864 Ministério da Saúde.
4865
4866 Oliveira, M., & Kohatsu, M. (1999). *Relatório de Atividades do Programa de Atendimento aos*
4867 *Kaingáng do P. I. Apucarantina/ano de 1999. Relatório consolidado da 1ª Oficina Macrorregional de*
4868 *Estratégias de Prevenção e Controle das DST/AIDS para as Populações Indígenas das Regiões Sul,*
4869 *Sudeste e Mato Grosso do Sul, Londrina.* Londrina, PR: Ministério da Saúde.
4870
4871 Simonian, L. T. L (1998). Alcoolismo entre indígenas: Abordagens, contextos e perspectivas. In *Anais*
4872 *da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/AIDS para as Populações*
4873 *Indígenas das Regiões Sul e Sudeste, e do Mato Grosso do Sul* (pp. 97-115). Londrina, PR:
4874 Programa Municipal para DST/AIDS/ALIA; Brasília, DF: Coordenação Nacional de DST/AIDS.
4875
4876
4877 14.7. Bibliografia população em situação de rua
4878
4879 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
4880
4881 Manual sobre o cuidado à Saúde junto a população em situação de rua /Ministério da Saúde.
4882 Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde,
4883 2012.
4884
4885 BAUMAN, Zygmunt. 2005. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
4886
4887 BAUMAN, Zygmunt. 2009. *Confiança e medo na cidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
4888 BIONDI, Karina. 2010. *Junto e misturado – uma etnografia do PCC*. São Paulo: Editora Terceiro
4889 Nome.
4890
4891 CASTEL, Robert. 2005. *A insegurança social: o que é ser protegido?* Petrópolis/RJ: Vozes.
4892 DELGADO, Manuel. 2007. *Sociedades movedizas: pasos hacia una antropología de las calles*.
4893 Barcelona: Ed. Anagrama
4894
4895 FAVRET-SAADA. Jeanne. 2005. Ser afetado. *Cadernos de Campo*, São Paulo, ano 14, n.13, 155-
4896 161.
4897
4898 FONSECA, Cláudia. 2004. *Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em*
4899 *grupos populares*. Porto Alegre: Ed. Da UFRGS.
4900
4901 FRANGELLA, Simone. 2009. *Corpos errantes urbanos: uma etnografia da corporalidade de*
4902 *moradores de rua em São Paulo*. São Paulo: Annablume, Fapesp.
4903
4904 HAESBAERT, Rogério. 2007. *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à*
4905 *multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
4906
4907 LÉVI-STRAUSS, Claude. 1973. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
4908
4909 MATTOS, Ricardo; FERREIRA, Ricardo. 2004. Quem vocês pensam que (elas) são? –
4910 representações sobre as pessoas em situação de rua. In *Psicologia & Sociedade*. 16 (2): 47-58;
4911 maio/ago.
4912

- 4913 PEREIRA, Camila. 2009. Rua sem saída: um estudo sobre a relação entre o Estado e a população de
4914 rua de Brasília. Brasília: Ícone Gráfica e Editora.
4915
- 4916 SILVA, Maria. 2009. Trabalho e população em situação de rua no Brasil. São Paulo: Cortez.
4917
- 4918 VIEIRA, M^a; BEZERRA, M^a; ROSA, C. 2004. População de rua: quem é, como vive, como é vista.
4919 São Paulo: Editora Hucitec.
4920
- 4921 ZALUAR, Alba. 1994. "Essas pessoas a quem chamamos população de rua". In Cadernos do CEAS.
4922 Bahia, n.151, p.22-25, maio/jun.
4923
- 4924 14.8. Bibliografia população LGBT
4925
- 4926 PLANO, Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT-2009.
4927
- 4928 RELATÓRIO, sobre Violência Homofóbica no Brasil - 2011.
4929
- 4930 ARÀN, Marcia; Murta; Daniela; Lionço; Tatiana. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. Ciência &
4931 Saúde Coletiva.
4932
- 4933 BENEDETTI, Marcos Renato. Toda Feita: o corpo e o gênero das travestis.
4934
- 4935 BEHRING, Elaine Rossetti. Trabalho e Seguridade Social: o neoconservadorismo nas políticas
4936 sociais.
4937
- 4938 14.9. Bibliografia população negra
4939
- 4940 Revista Exame. *8 dados que mostram o abismo social entre negros e brancos*. 20/11/2014
4941 [http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/8-dados-que-mostram-o-abismo-social-entre-negros-e-](http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/8-dados-que-mostram-o-abismo-social-entre-negros-e-brancos)
4942 [brancos](http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/8-dados-que-mostram-o-abismo-social-entre-negros-e-brancos); Acesso em junho de 2015.
4943
- 4944 Garcia. PIÊ. *O Racismo Institucional e seus prejuízos para a mulher negra*. Observatório das Favelas.
4945 08/03/2014. [http://of.org.br/noticias-analises/o-racismo-institucional-e-seus-prejuizos-para-a-mulher-](http://of.org.br/noticias-analises/o-racismo-institucional-e-seus-prejuizos-para-a-mulher-negra/)
4946 [negra](http://of.org.br/noticias-analises/o-racismo-institucional-e-seus-prejuizos-para-a-mulher-negra/); Acesso em junho de 2015.
4947
- 4948 Inesc - Instituto de Estudos Socioeconômicos - *Jovem Negro brasileiro sofre mais com violência*
4949 *social*. 19/0/2015. [http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-gerais/2015/janeiro/jovem-negro-brasileiro-](http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-gerais/2015/janeiro/jovem-negro-brasileiro-sofre-mais-com-violencia-social)
4950 [sofre-mais-com-violencia-social](http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-gerais/2015/janeiro/jovem-negro-brasileiro-sofre-mais-com-violencia-social); Acesso em junho 2015.
4951
- 4952 Justiça Global do Brasil. *Mulheres negras e a violência que se quer silenciar*. 21/0/08/2014.
4953 <http://global.org.br/programas/mulheres-negras-e-a-violencia-que-se-quer-silenciar/>. Acesso em
4954 junho 2015.
4955
- 4956 Costa C. C. L. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – *Mulheres*. 09/04/2014.
4957 <http://www.portaldaigualdade.gov.br/assuntos/mulheres>; Acesso em junho 2015.
4958
- 4959 Presidência da República – Casa civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos – LEI N° 12.288 DE
4960 JULHO DE 2010. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm; Acesso
4961 em junho 2015.
4962
- 4963 Theodoro M., Guerreiro L. J. R., Soares O. S. *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil*
4964 *120 anos após a abolição / Brasília,*
4965 2009. http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=560. Acesso em
4966 julho de 2015.
4967
- 4968 Capelo R. *Por que o negro tem menos acesso á saúde do que o branco no Brasil*. 23/06/2015.
4969 [http://epoca.globo.com/tempo/noticia/2015/06/por-que-o-negro-tem-menos-acesso-saude-do-que-o-](http://epoca.globo.com/tempo/noticia/2015/06/por-que-o-negro-tem-menos-acesso-saude-do-que-o-branco-no-brasil.html)
4970 [branco-no-brasil.html](http://epoca.globo.com/tempo/noticia/2015/06/por-que-o-negro-tem-menos-acesso-saude-do-que-o-branco-no-brasil.html). Acesso em julho de 2015.
4971

- 4972 União Geral dos Trabalhadores – UGT – Paraná. Jovem negro tem 2,5 vezes mais chance de ser
 4973 morto. <http://www.ugtparana.org.br/> Acesso em junho 2015.
 4974
- 4975 Waiselfisz J. J. Juventude Viva – Mortes matadas por arma de fogo - Mapa da Violência 2015.
 4976 <http://www1.brasilia.unesco.org/download/MapaDaViolencia2015MortesMatadas-SobEMBARGO.pdf>;
 4977 Acesso em junho de 2015.
 4978
- 4979 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PORTARIA Nº 992, DE 13 DE maio de
 4980 2009. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html; Acesso em
 4981 junho de 2015
 4982
- 4983
- 4984 14.10. Bibliografia Suicídio
 4985
- 4986 Diretrizes clínicas para a abordagem do suicídio e do comportamento suicidas nas emergências
 4987 psiquiátricas
 4988
- 4989 - Juvenal marques de oliveira neto - Prevenção do Suicídio – Manual dirigido a profissionais das
 4990 equipes de saúde mental
 4991
- 4992 Ministério da Saúde – Brasil
 4993
- 4994 Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio
 4995 Organização Pan- Americana da Saúde
 4996
- 4997 Universidade Estadual de Campinas
 4998
- 4999 Prevenção do Suicídio Manual dirigido aos profissionais da saúde da atenção básica
 5000 Ministério da Saúde- |Brasil
 5001
- 5002 Organização Pan- Americana da Saúde
 5003
- 5004 Universidade Estadual de Campinas
 5005
- 5006 Impactos da violência Brasil Mynaio
 5007
- 5008 Manual para atendimento às vítimas de violência na rede pública do DF- Secretaria Estado de Saúde
 5009 do Distrito Federal - Brasília 2009
 5010
- 5011 14.11. Bibliografia Rede
 5012
- 5013 Linha de cuidado de atenção à saúde integral da criança e adolescente e suas famílias em situação
 5014 de violência. Ministério da saúde secretaria de atenção à saúde
 5015 Departamento de ações programáticas e estratégicas - Brasília 2012
 5016
- 5017 Manual para atendimento às vítimas de violência na rede pública do DF- Secretaria Estado de Saúde
 5018 do Distrito Federal - Brasília 2009
 5019
- 5020 Apostila - Curso de auto aprendizado – Redes de atenção à saúde no sistema Único de saúde –
 5021 Brasília 2012
 5022
- 5023 Mendes, E V. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção s saúde. Brasília: Ministério da Saúde:
 5024 2009
 5025
- 5026 14.12. Bibliografia DST/Aids
 5027
- 5028 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually Transmitted Diseases,
 5029 Treatment Guidelines, 2010. Atlanta, GA – USA. [http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-](http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm)
 5030 [discharge.htm](http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm).
 5031

- 5032 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações
5033 Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual
5034 contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à
5035 Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. –
5036 Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5037
- 5038 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/ Aids.
5039 Manual de Controle das doenças sexualmente transmissíveis. - 4ª ed. - Brasília: Ministério da Saúde,
5040 2006.
5041
- 5042 BRASIL. Lei Nº 12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013. Disponível em:
5043 <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm>. Acesso em 27 de janeiro
5044 de 2015.
5045
- 5046 BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio
5047 de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-
5048 lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)> Acesso em 27 de janeiro de 2015.

Documento em elaboração