

Linha de Cuidado para
**Atenção Integral à
Saúde da Pessoa em
Situação de
Violência**





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

São Paulo, 2015

Fernando Haddad

Prefeito do Município de São Paulo

Alexandre Padilha

Secretário Municipal de Saúde

Mariana Neubern de Souza Almeida

Chefe de Gabinete

Célia Cristina Bortoletto

Secretária-adjunta

Rejane Calixto Gonçalves

Coordenação da Atenção Básica

Iara Alves de Camargo

Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Temáticas – Coras

Flavius Augusto Olivetti Albieri

Coordenação da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial – CRAEA

Margarida Maria Tenório de Azevedo Lira

Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo

Wilma Tiemi Miyake Morimoto

Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA

Arthur Goderico Forghieri Pereira

Autarquia Hospitalar Municipal – AHM

Marcelo Itiro Takano

Coordenadoria do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências – COMURGE

Eliana Battaggia Gutierrez

Programa Municipal de DST/Aids

Maria Luiza Marcondes de Moraes

Coordenação de Gestão de Pessoas – CGP

Pedro Henrique Pereira de Oliveira Gomes e Silva

Coordenação Especial de Comunicação

Alberto Alves Oliveira

Coordenadoria Regional de Saúde Norte

Alexandre Nemes Filho

Coordenadoria Regional de Saúde Oeste

Claudia Maria Afonso de Castro

Coordenadoria Regional de Saúde Leste

Clovis Silveira Junior

Coordenadoria Regional de Saúde Centro

Karina Barros Calife Batista

Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste

Tania Zogbi Sahyoun

Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste

COORDENAÇÃO GERAL:

Rejane Calixto Gonçalves

Coordenação da Atenção Básica

Cassia Liberato Muniz Ribeiro

Assessoria Técnica da Atenção Básica

Elaine Aparecida Lorenzato

Jonas Melman

Rodrigo Moreira de Sá

Área Técnica de Atenção Integral à Saúde
da Pessoa em Situação de Violência

Katia Cristina Bassichetto

Revisor Técnico

Breno Souza de Aguiar

Organizador

Grupo Condutor:

Ana Hiroco Hiraoka
Beatriz Yuko Kitagawa
Breno Souza de Aguiar
Carmen Helena Seoane Leal
Claus Robert Zefried
Débora Dalonso Gamboa Peres
Denise Nudel
Edna Maria Miello
Elaine Aparecida de Oliveira
Elaine Aparecida Lorenzato
Eliane Soares de Almeida Moura
Elisa Aparecida Gonçalves Moreira
Elizete Otero Lara
Jonas Melman
Heloisa Mara Trebbi Berton
Lucia Ferraz Correa
Lucimar Aparecida Françoso
Marcia Boccatto de Oliveira
Maria Cecilia Sanchez
Maria Eugenia Mesquita
Maria Lucia Aparecida Scalco
Marli Soares
Rosa Maria Dias Nakazaki
Roberto Aparecido Moreira
Rodrigo Moreira de Sá
Ruy Paulo D`Elia Nunes
Sheila Busato Sproesser
Solange Trombini Prieto Santos

Colaboradores:

Adalberto Kiochi Aguemí
Ana Maria Monte Verde Romão
Anna Barbara Kjekshus Rosas
Athene Maria Marco França
Benedito Adalberto Boletta de Oliveira
Carlos Tomio Kajimoto
Caritas Relva Basso
Cecilia Seiko Takano Kunitake
Célia Regina Ciccolo da Silva
Doralice Severo Cruz
Edmir Peralta Rollemberg Albuquerque
Eliana Sapucaia Rizzini
Emilio Telesi Junior
Janaina Lopes Diogo
Julio Mayer de Castro Filho
Leny Kimie Yamashiro Oshiro
Marcia Maria Gomes Massironi
Maria Auxiliadora Camargo Cusinato
Maria Cristina Honório dos Santos
Maria Inês Bertão
Maria Teresa Souza
Marta Maria Pereira Nunes
Mirna Reni Marchioni Tedesco
Myres Maria Cavalcanti
Regina Satiko Omati
Reynaldo Bonavigo Neto
Ricardo Fernandes de Menezes
Sandra Cristina Coelho Teixeira
Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida

Sandra Regina Aluisi
Sergio Marcio Pacheco Paschoal
Selma Maria Pereira dos Santos
Sheila Duarte Pereira
Sylvia Christina de Andrade Grimm
Sonia Regina Rocha Miura
Valdete Ferreira dos Santos
Valdir Monteiro Pinto
Vera Lucia Martinez Manchini
Yamma Mayura Duarte Alves

SUMÁRIO

- Apresentação **8**
1. Introdução **11**
2. Prevenção da Violência e Promoção da Cultura de Paz **12**
3. Definição, Tipos e Naturezas da Violência **15**
4. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Em Situação de Violência **18**
5. Vigilância Em Saúde **32**
6. Atendimento à Pessoa em Situação de Risco ao Suicídio **38**
7. Atendimento à Pessoa em Situação de Violência Sexual **43**

53 8. Cuidado Em Relação Aos Ofensores

57 9. Áreas Técnicas

92 10. Competências

106 11. Redes

108 12. Avaliação e Monitoramento

118 13. Anexos

142 14. Referências Bibliográficas



APRESENTAÇÃO

A formulação da Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência no Município de São Paulo representa um grande passo na consolidação da Política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, em todas as esferas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O desafio da construção de políticas públicas para superação deste fenômeno é um tema transversal no campo da saúde pública. A efetivação das estratégias e ações depende da capacidade de articulação entre os diversos setores, sendo que cada setor se mostra fundamental para a solução do problema e no conjunto, tornam-se potentes para produzir soluções relevantes às questões de violência.

A elaboração desta LC foi um processo participativo, o qual envolveu os trabalhadores do Sistema Único de Saúde – SUS, nos diferentes níveis de Atenção à Saúde da SMS, incluindo os representantes das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), Áreas Técnicas, Autarquia Hospitalar Municipal (AHM), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), entre outros. Além disto, o documento ficou disponível para sugestões de outros setores governamentais e sociedade civil, através de consulta pública.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (1) definiu a violência como “um grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos”. Trata-se de um fenômeno complexo, que é fortemente influenciado por fatores sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos. Neste sentido as consequências da violência não se restringem ao campo da saúde, porém afetam de forma significativa este setor, uma vez que muitas vítimas adoecem, apresentam sequelas e demandam assistência/cuidado dos diferentes níveis de atenção à saúde.

A mortalidade e a morbidade por causas externas relacionadas às situações de violência têm aumentado em nosso país. As causas externas são a principal causa de morte entre os jovens de ambos os sexos. No sexo masculino especialmente, entre as causas externas, a violência é a primeira causa de morte, atingindo principalmente homens entre 15 e 29 anos.

A gravidade do problema torna imperativo para o setor de saúde, desenvolver políticas para o enfrentamento deste fenômeno. Surge a necessidade de ampliação da oferta de assistência em todos os níveis de complexidade e principalmente a ampliação de ações de promoção de saúde, com foco na prevenção da violência e disseminação de uma cultura mais pacífica e não violenta.

Este documento afirma em sua concepção que a integralidade do cuidado e a percepção ampliada da saúde são princípios organizadores da Rede de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência,

desta forma, as intervenções interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial se mostram fundamentais. As práticas devem envolver não apenas o tratamento do agravo, mas ações no sentido da produção de qualidade de vida, onde aspectos como a empatia, o respeito, a autonomia e o empoderamento do indivíduo devem estar presentes (2).

Como já citado anteriormente todas as formas de violência recebem forte influência do ambiente sócio cultural, assim sendo, conhecer as características do território, do estilo de vida da população e também do ordenamento dos recursos existentes na comunidade são informações relevantes para a implementação de qualquer LC. A elaboração dos projetos terapêuticos singulares¹ e das intervenções na comunidade, através de um trabalho coletivo e multiprofissional, devem articular as múltiplas dimensões envolvidas no cuidado e levar em consideração a singularidade do contexto de cada situação violenta a ser superada (3).

O Município de São Paulo (MSP) faz parte da região metropolitana de São Paulo, que conta com 39 municípios e 19.672.582 habitantes (4), ocupando 7.943,9 km² de área territorial. No âmbito da saúde, o MSP está organizado em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Centro, Leste, Norte, Sudeste, Sul e Oeste.

O MSP apresenta uma grande complexidade de problemas e de desigualdades sociais. Numa cidade de 11 milhões de habitantes, coexistem diferentes culturas, religiões, ambientes urbanos, organizações sociais. O acesso aos recursos sanitários é desigual, com eviden-

tes repercussões na qualidade de vida e de saúde em cada parte do território. Neste sentido entender as heterogeneidades que ocorrem entre as diversas comunidades se mostra importante, permitindo ao gestor público reconhecer os fenômenos de interesse para a definição das políticas de saúde.

Com relação às questões de violência os impactos são evidentes no cenário do MSP como um todo, pois desde a implantação do Sistema de Informações para a Vigilância de Violência e Acidentes (SIVVA) foram registradas 480.000 notificações entre o período de 2008 a junho de 2015². Contudo, também em relação a este agravo existe heterogeneidade quanto ao número de ocorrências, bem como quanto à oferta de estabelecimentos de saúde nas diferentes regiões para o acolhimento destes agravos. Neste sentido, buscando respeitar as características de cada território a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) estabeleceu uma política de descentralização do cuidado. A Área Temática, atualmente denominada “Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência”, juntamente com a Subgerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) / Centro de Controle de

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

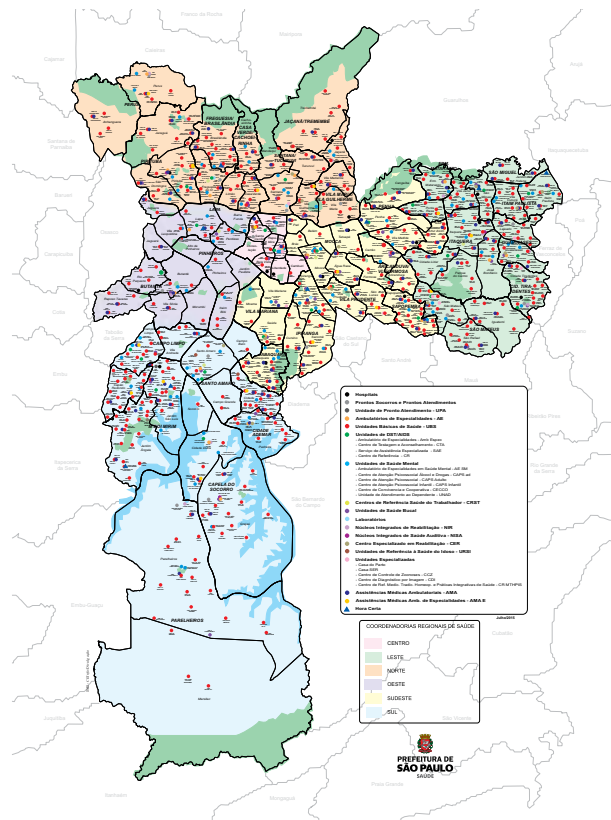
²A partir de 5 de julho de 2015 a SMS-SP passou a notificar e registrar os casos de violência no Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN. Ver capítulo: Vigilância em Saúde.



Doenças (CCD) / Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) são responsáveis pela formulação de políticas públicas voltadas para minimizar o impacto das diversas formas de violência sobre os cidadãos. Utilizam como estratégia a consolidação e potencialização de Núcleos de Prevenção de Violência (NPV), criados em 2012 e institucionalizados em todos os serviços de saúde em 2015 conforme portaria 1.300 de julho de 2015/SMS-G objetivando a responsabilização pelo cuidado e o acesso aos serviços (Figura 1).

A presente LC busca orientar e sistematizar o trabalho dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, de forma a estabelecer fluxos assistenciais, para o cuidado ininterrupto, corresponsabilização de diferentes atores e resolubilidade da assistência. Busca ainda estabelecer as competências de cada um dos níveis do cuidado, assim como contribuir para as ações de proteção exigindo para isso a interação com os demais sistemas de garantia de direitos (3).

Figura 1 – Núcleos de Prevenção de Violência segundo tipo de serviço e Coordenadoria Regional de Saúde. Município de São Paulo, 2015.



1. INTRODUÇÃO

As questões relativas às violências na sociedade contemporânea tornaram-se objeto de reflexão e de estudo em virtude da magnitude e gravidade do problema. A violência trágica das guerras entre os povos e nações é apenas uma das facetas da violência. A violência institucional, a violência doméstica, os abusos sexuais, a exploração econômica, os assaltos e homicídios, entre outras formas revelam a capacidade humana de produzir e legitimar a violência como ferramenta para resolver conflitos e exercer poder (5). É um problema que afeta as diferentes camadas sociais, todos os gêneros e todas as faixas etárias, devendo ser compreendida dentro dos marcos das relações socioeconômicas, políticas e culturais específicas (6).

Neste cenário, vislumbram-se as dificuldades que envolvem a elaboração, execução e gestão de políticas públicas relacionadas ao tema. A violência impacta a qualidade de vida do indivíduo e da comunidade, gerando demandas para os mais diferentes setores como, por exemplo, o social, educacional, de segurança pública. Na saúde resulta em altos custos, uma vez que o atendimento da pessoa que sofre violência envolve uma série de ações específicas de cuidado.

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

Em 1993, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (7) recomendou aos países membros, entre eles

o Brasil, que incluíssem o tema do enfrentamento das violências em suas agendas. A OMS dedicou igual prioridade ao assunto na Assembleia Mundial da Saúde.

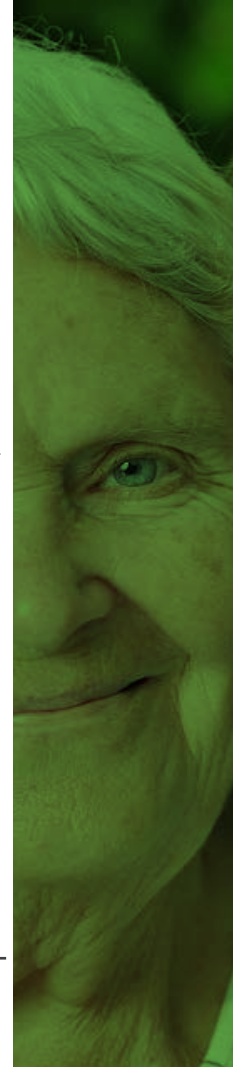
Em 2002, foi publicado o “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” (1) que representou uma importante contribuição para a compreensão do papel do setor saúde, revelando que todos os anos mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitos outros sofrem lesões graves por causas violentas.

No Brasil, para o enfrentamento deste problema no âmbito das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) vem sendo produzido um conjunto de leis e portarias, que buscam garantir as informações, o cuidado e a prevenção da violência³.

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

O fenômeno da violência exige, por parte de todos, um repensar em relação ao modelo cultural que temos adotado em nossa sociedade, onde a desigualdade, a dominação e o uso da violência são naturalizados e banalizados. Neste sentido, o desenvolvimento de ações de prevenção da violência e a promoção das tecnologias da Cultura de Paz são fundamentais para a transformação da realidade atual na direção de uma cultura não violenta.

³Ver Anexo II – Conjunto de Leis e Portarias para superação da violência elaboradas no âmbito Municipal, Estadual e Federal.



2. PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ

Ao falarmos de cultura estamos falando de valores, crenças, leis, normas, padrões de relacionamentos, códigos, estilos de vida e linguagem que moldam as relações em uma determinada sociedade. Em culturas mais colaborativas e dialógicas, os vínculos sociais e as parcerias são mais valorizados, e os conflitos representam uma oportunidade para o exercício da negociação. Nestas comunidades, os consensos e a solidariedade organizam as relações e os princípios de não violência e proteção à vida ocupam um lugar central.

Em nossa cultura ainda identificamos uma tendência para banalizar e naturalizar as situações de violência, predominando relações estabelecidas pelo poder e força, onde a violência é legitimada como instrumento para resolver conflitos. Contudo, percebemos avanços, observando-se um esforço no sentido de criar legislações e políticas que estabeleçam relações mais igualitárias e pacíficas (8).

Neste sentido em 2006, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que destaca a construção de um modelo de atenção que prioriza a qualidade de vida, e inclui ações para a prevenção de violências e estímulo à cultura de paz (9).

A Promoção da Saúde e da Cultura de Paz fazem parte de uma visão mais integrada e holística de se perceber a presença do homem no mundo. Esse olhar é um convite à experimentação e a criatividade, e busca fortalecer pessoas e coletivos na construção de projetos de vida mais saudáveis.

Durante o processo de socialização e desenvolvimento o ser humano tem que lidar constantemente com situações estressantes, porém, em especial quando inserido em culturas mais violentas e desiguais os eventos desafiadores podem se tornar cumulativos ou apresentar um caráter traumático. As experiências de violência podem desencadear nos sujeitos uma intensificação dos sentimentos de insegurança, medo, culpa e sofrimento. Pessoas em situação de violência podem se tornar pessoas tristes e apresentar baixa autoestima, com altos níveis de frustração e desconfiança. Violências de toda espécie geram doenças no corpo e na mente.

Observamos ainda muitas dificuldades para encontrar um espaço adequado de cuidado para essa população vulnerável. Os profissionais de saúde podem e devem colocar todos os seus recursos e tecnologias para auxiliar essas pessoas a resgatarem a autoestima e a capacidade de cuidar de si, favorecendo assim a possibilidade da reconstrução de novos projetos existenciais.

O campo de atenção às Pessoas em Situação de Violência pode abrir uma porta para a experimentação de diferentes tecnologias que buscam empoderar os indivíduos e possibilitar os processos da expansão de vida. Em especial, quando os profissionais desenvolvem atitudes que fortalecem a resiliência⁴, como a escuta qualificada e a construção de espaços para expressão de sentimentos, incentivando o sujeito na busca de soluções para os seus problemas.

Os fatores fundamentais para o fortalecimento da resiliência são os vínculos afetivos sólidos e o bom funcionamento de uma rede social de suporte. Os princípios da não violência contribuem para formar/inventar vínculos, nos quais as pessoas que precisam de ajuda podem encontrar apoio para superar seus bloqueios. Esses princípios favorecem relações de cuidado capazes de gerar transformações (8).

A prevenção da violência pode ser entendida como uma estratégia de promoção da saúde, uma vez que busca proteger e fortalecer indivíduos e grupos que se encontram em situações de riscos e de vulnerabilidades (3). A violência de qualquer tipo viola a dignidade das pessoas, não sendo possível estabelecer uma relação de cuidado saudável num ambiente permeado pela negligência e pela falta de escuta adequada.

O diálogo é o método mais eficaz para construir relações dignas e respeitadas. No campo do diálogo são possíveis trocas que estimulem a aceitação da alteridade e da diversidade. A palavra nos humaniza.

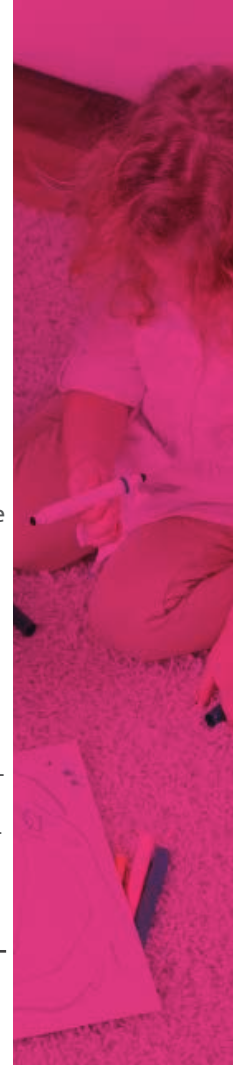
A mediação, por meio das palavras, é uma importante ferramenta para a negociação dos interesses. É na ligação com o outro que percebemos com mais exatidão nossos sentimentos e necessidades. Precisamos do outro para descobrir a nós mesmos. Nesse sentido, cuidado é interação, é uma rede de conversações que exige um esforço de reconhecimento mútuo.

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

Existe uma série de metodologias e estratégias que favorecem a qualidade de convivência e contribuem para o estabelecimento de uma cultura mais pacífica. Dentre elas, vale exemplificar:

- **Comunicação não-violenta:** é uma metodologia que permite desenvolver um conjunto de habilidades de comunicação, que possibilitam estabelecer relações de parceria baseadas na cooperação, em que predomina a comunicação com empatia, mesmo em condições conflituosas.
- **Mediação de conflito:** é um dispositivo para a resolução de conflitos, onde uma terceira pessoa, imparcial e capacitada para a tarefa, facilita o diálogo e a negociação entre as partes envolvidas na situação problema, para que melhor entendam suas necessidades, a fim de alcançar soluções criativas e possíveis.

⁴Para Grotberg (1999, apud Melillo e Ojeda, 2005) resiliência a capacidade de física, biológica política, social e psicológica para enfrentar, vencer, se fortalecer ou transformar, a partir de experiência de adversidade.



- **Escuta empática:** é aquela na qual o profissional procura disponibilizar todos os seus recursos no sentido de compreender o universo do outro, colocando de lado suas crenças e posições pessoais. O movimento de colocar-se no lugar do outro para conhecer suas razões e motivações é fundamental para estabelecer a empatia. Compreender não significa concordar com as ideias ou atitudes da outra pessoa. Essa qualidade de escuta coloca o desafio de ir além dos conteúdos na busca de entender todos os sentidos da comunicação. Estar atento ao verbal e ao não verbal, sendo a escuta qualificada uma ferramenta importante para o cuidado integral. Por meio dela é possível favorecer a formação de vínculos, com respeito à diversidade e a singularidade.
- **Rodas de conversas:** é uma metodologia de conversação coletiva, baseada na força do diálogo, que abre espaço para a livre expressão das ideias e dos sentimentos. O método facilita a circulação da palavra. Geralmente conta com a presença de um mediador para facilitar e permitir a participação de todos. No final da Roda de Conversa o grupo pode definir estratégias e ações.
- **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, para a construção de espaços de diálogo, onde se busca 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 têm direito a palavra. O principal objetivo deste processo educativo é ampliar a compreensão das causas e das determinações que levaram ao ato violento, estimulando o respeito que favorece as possibilidades de reparação e restauração dos relacionamentos.

3. DEFINIÇÃO, TIPOS E NATUREZAS DA VIOLÊNCIA

A OMS utiliza a seguinte definição para conceituar o termo violência:

“Uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grandes possibilidades de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (10)

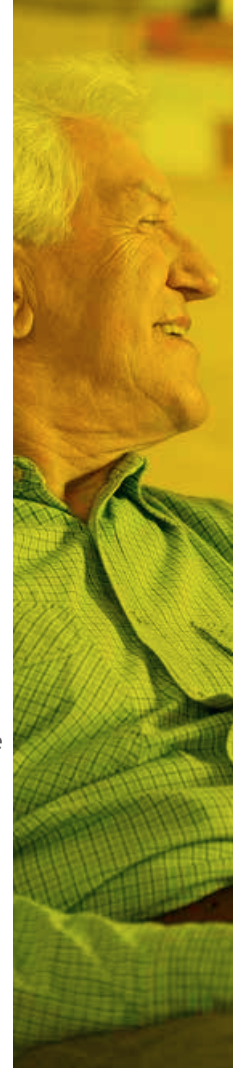
Na presente LC adotamos a classificação da violência proposta pelo “Relatório Mundial de Violência e Saúde” (1) que subdivide a violência em três amplas categorias segundo características daqueles que cometem a ato violento, conforme Figura 2:

Violência autoinfligida

Compreende o suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio. Também engloba o conceito de autoabuso, o qual se refere às autoagressões e às automutilações.

Violências Interpessoais

Estão divididas em intrafamiliar, que compreende a violência cometida entre membros da família e parceiros íntimos, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente, e a violência comunitária que ocorre em ambientes sociais e que pode ser praticada por conhecidos ou desconhecidos. Com relação a esta última, podemos citar a violência juvenil, as agressões físicas, os estupros, e inclusive a violência institucional que podem acontecer em escolas, locais de trabalho, serviços de saúde e asilos. A violência interpessoal é fruto da interação entre as pessoas, que demonstram dificuldade de resolver conflitos por meio da conversa. São frequentes nas relações que envolvem disputas de poder, como por exemplo, entre pais e filhos, homens e mulheres, e entre irmãos (11).



Violência Coletiva

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

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

Neste relatório a OMS ainda apresenta o conceito de violência estrutural a qual se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. A violência estrutural se perpetua nos processos históricos, tende a se naturalizar na cultura, e é responsável pelos processos de dominação. A maioria dos tipos de violência citados anteriormente tem sua base na violência estrutural.

De acordo com o Ministério da Saúde, a natureza dos atos de violência é classificada como:

Violência Física

Corresponde à prática de atos violentos, nos quais se faz uso da força física de forma intencional, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento à pessoa, deixando-a ou não com marcas evidentes no corpo.

Violência Sexual

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

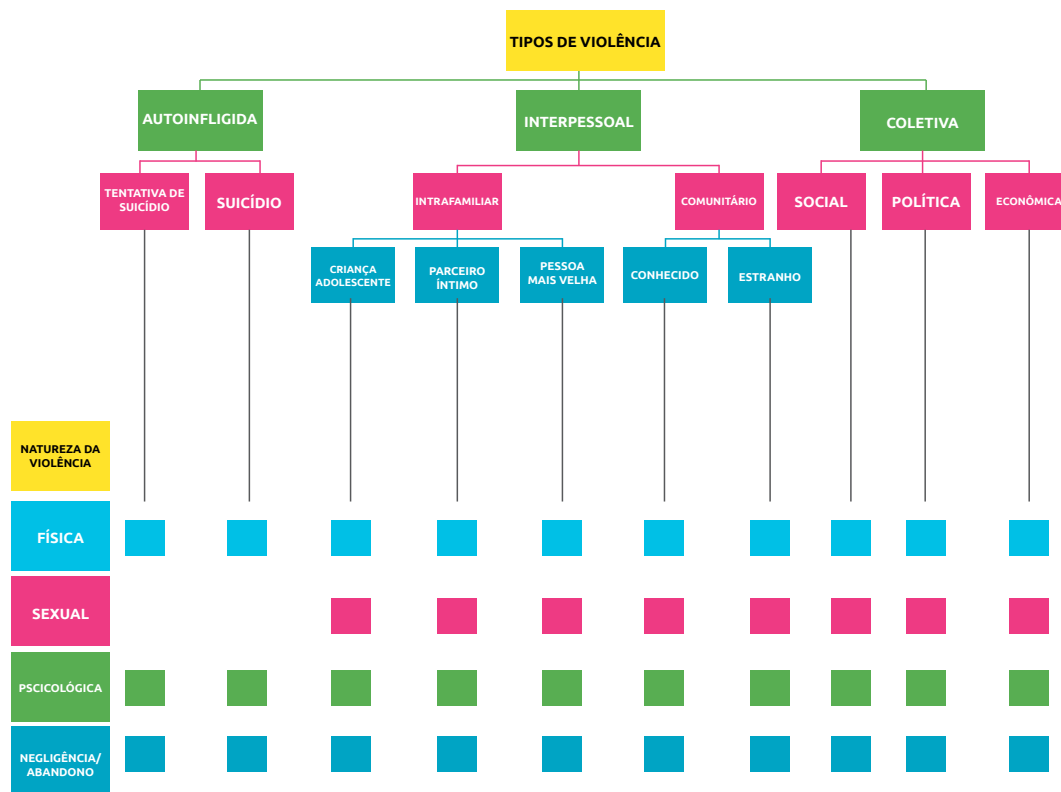
Violência Psicológica

Tem como características todas as formas de rejeição, depreciação, discriminação, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem, colocando em risco sua autoestima e desenvolvimento. O bullying⁵ e o assédio moral⁶ são exemplos deste tipo de violência (12, 13).

Negligência/Abandono

Caracteriza-se pela omissão do cuidado em prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de uma pessoa. Por exemplo: deixar vacinas em atraso; não levar ao médico ou desconsiderar o tratamento; manter crianças fora da escola; não evitar acidentes domésticos previsíveis; falta de supervisão de responsáveis; deixar passar fome; deixar em isolamento; fornecer vestimenta inadequada face às condições ambientais.

Figura 2 – Classificação da violência segundo características daqueles que cometem o ato violento e natureza.



Fonte: KRUG et. al., 2002 (10).

⁵Bullying é um termo da língua inglesa (bully = valentão) que se refere a todas as formas de atitudes, verbais ou físicas, intencionais e repetitivas, que ocorrem sem motivação evidente e são exercidas por um ou mais indivíduos, causando dor e angústia, com o objetivo de intimidar e agredir outra pessoa.

⁶É a exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, sendo mais comuns em relações hierárquicas autoritárias e assimétricas em que predominam condutas negativas e interações desumanas de longa duração. Caracteriza-se pela degradação deliberada das condições de trabalho que desestabiliza a relação da vítima com o ambiente e a organização, forçando-a a desistir do emprego.

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

A presente LC está sendo concebida como uma estratégia de ação que busca alcançar a atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência de forma ininterrupta e resolutive. Segundo Franco & Franco (14), linha de cuidado é:

“A imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e assistência social”.

Em geral, o cuidado no contexto da saúde deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear as relações entre o paciente e o profissional de saúde (15).

A construção de uma linha de cuidado no campo da violência possibilita organizar os recursos de forma a facilitar o acesso, o cuidado e a proteção à pessoa

em situação de violência, induzindo à integração das várias ações desenvolvidas na rede. Permite definir as competências em relação a cada serviço, estabelecer os fluxos e investir na educação permanente. Além disso, orienta os profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado nas dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social (3).

Abaixo, destacamos algumas etapas do processo de cuidado:

4.1. Acolhimento

O acolhimento deve ser compreendido como uma postura, uma atitude fundamental no processo de cuidado. Acolher uma pessoa pressupõe uma atitude de abertura, empatia e respeito em relação ao sofrimento humano. Não demanda um profissional específico, mas requer habilidades para manter um espaço de diálogo acolhedor, que possibilite a troca de saberes e a expressão de sentimentos, sem julgamento, sem críticas ou discriminação. Pessoas em situação de violência podem apresentar vivências de medo, ansiedade, vergonha, culpa desesperança.

Desta forma, uma escuta competente e empática no acolhimento facilita muito a abordagem e a continuidade do cuidado (3).

4.2. Atendimento

O cuidado das situações de violência exige uma visão ampliada de saúde e diferentes tecnologias de intervenção. O profissional deve superar o olhar fragmentado, buscando o compromisso com o cuidado integral e singular, onde o protagonismo, corresponsabilização, respeito às diferenças, vínculo e diálogo são fundamentais. Por serem situações complexas resultantes de múltiplas causas, não se pode restringir sua análise apenas a uma disciplina ou a um campo profissional, devendo levar em consideração diferentes saberes e abordagens (16). Neste sentido, o atendimento dos casos não deve ser uma ação solitária, mas sim envolve a presença de uma equipe multidisciplinar, onde a compreensão do problema seja compartilhada e discutida, incentivando a participação do próprio sujeito em seu processo de cuidado. Em geral, as ações de saúde devem estar articuladas aos demais serviços da rede de proteção social (3). Esta etapa se desdobra em consulta clínica, diagnóstico, tratamento e cuidados.

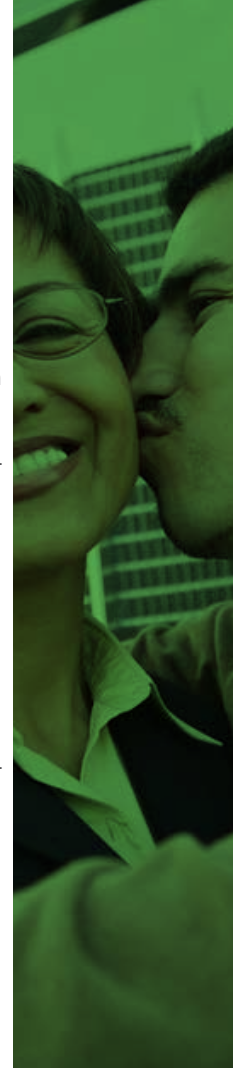
Ações de prevenção à violência e promoção da Cultura de Paz também são atribuições a serem realizadas pelos profissionais da saúde. Estas ações devem objetivar a redução da incidência da violência, bem como refletir sobre a cultura predominante, estimulando o empoderamento das pessoas, famílias e comunidade.

4.3. Atitude do Profissional

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

Os casos de violência podem mobilizar nos profissionais uma série de sentimentos, tais como angústias, raiva, impotência, podendo levá-los a identificação com situações problemas e com isto podem agir de forma imponderada. Os profissionais devem buscar o máximo de informações e pensar a intervenção e os encaminhamentos junto com a equipe multiprofissional, para não agirem de forma impulsiva (17).

É importante existir uma abertura, por parte dos profissionais, para examinarem suas posturas, valores, bem como a influência social da cultura na qual estão inseridos, ao lidarem com os casos de violência. Neste sentido, o compromisso institucional com relação à priorização do tema, o incentivo ao trabalho em equipe multiprofissional e a criação de espaços de diálogo e acolhimento para os profissionais se mostra fundamental para ampliar a capacidade com relação ao manejo destes casos.



O profissional da saúde deve ser um facilitador para auxiliar as pessoas em situação de violência a superar seus problemas, ampliar seu campo de experiência, de forma que possam valorizar outros setores de suas vidas, modificando o foco da limitação para o empoderamento e a construção de novos projetos de vida (18).

Nesta linha de cuidado, estamos propondo a eleição de um profissional de referência a partir da relação de afinidade com o usuário, que será definido como interlocutor do caso até a finalização do processo. Ressaltamos a importância deste profissional, uma vez que o sujeito em acompanhamento, em geral, apresenta grande vulnerabilidade, sendo fundamental fortalecer vínculos significativos para o enfrentamento da situação de violência.

4.4. Abordagem Multiprofissional

A abordagem multiprofissional traz para o processo diferentes visões conceituais e percepções da realidade, o que possibilita uma discussão enriquecida no processo de construção do projeto singular de atendimento. Ressaltamos que a participação de profissionais com diferentes formações auxilia na identificação de sequelas que vão para além das marcas físicas que a violência pode deixar, possibilitando um olhar para questões de ordem subjetivas, que podem marcar de forma desastrosa a existência dessas pessoas (3).

4.5. Núcleo de Prevenção de Violência

Definição

O Núcleo de Prevenção de Violência (NPV⁷) corresponde à equipe de referência do Serviço de Saúde responsável pela organização do cuidado e articulação das ações a serem desencadeadas para a superação da violência e promoção da cultura de paz.

Composição do NPV

O NPV deverá ser composto por no mínimo quatro profissionais, podendo este número ser ampliado. Todas as categorias profissionais podem compor os NPV, sendo de grande contribuição a participação do médico, psicólogo, assistente social e enfermeiro. Ressaltamos ainda a importância da presença da gerência do serviço na composição do NPV.



⁷Cidade de São Paulo. Portaria 1.300 – SMS.G, de 15 de julho de 2015. Institui os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo.

Atribuições do NPV

Cabe aos NPV:

- Articular ações de assistência, prevenção e promoção de saúde no nível local, no sentido de estabelecer o cuidado integral às pessoas em situação de violência;
- Organizar o atendimento e criar estratégias para fortalecer o cuidado ampliado e integral das pessoas em risco ou situação de violência nos serviços, utilizando o dispositivo de Projeto Terapêutico Singular e as tecnologias de cultura de paz;
- Promover e participar dos fóruns de discussões e das reuniões da rede local, que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde e Cultura de Paz;
- Facilitar espaços para discussão, reflexão e aprimoramento entre os profissionais do serviço de saúde, uma vez que o atendimento dos casos de violência é de responsabilidade de todos os profissionais dos estabelecimentos de saúde;
- Contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais envolvidos nos atendimentos dos casos;
- Estimular a formação de grupos terapêuticos de atendimento e encaminhar os usuários para os grupos já existentes no estabelecimento de saúde;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência que chegam aos serviços, caso o preenchimento da ficha ainda não tenha sido realizado;
- Ampliar a área de atuação dos serviços, por meio da criação de espaços de diálogo e de iniciativas educativas para a comunidade local. Essas ações e projetos devem contribuir para a prevenção da violência e para a promoção de uma cultura de paz;
- Elaborar estratégias de trabalho junto às escolas, instituições públicas, privadas e organizações da sociedade civil, envolvidas com o tema localmente.



4.6. Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência

Núcleo de Prevenção da Violência

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



Figura 3 – Fluxograma da Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. Município de São Paulo, 2015.

4.6.1. Atenção Primária

Núcleo de Prevenção da Violência

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



Figura 4 – Fluxograma da Atenção Primária à Saúde da Pessoa em Situação de Violência segundo a Linha de Cuidado. Município de São Paulo, 2015.

- Qualquer profissional de saúde poderá receber o usuário em risco ou situação de violência. Quando não se tratar de demanda espontânea e sim de suspeita, sugerimos que profissionais discutam, monitorem e realizem visitas domiciliares para uma intervenção no caso;
- Propiciar uma escuta acolhedora e qualificada. Após o acolhimento, estes profissionais realizarão as primeiras orientações e encaminhamentos necessários ao usuário;
- Acionar a equipe necessária para o atendimento do caso;
- Efetuar o preenchimento da ficha de notificação de violência (SINAN), caso o preenchimento não tenha sido ainda realizado;
- Encaminhar comunicado aos órgãos competentes referentes à rede de proteção social;
- Manter, em arquivo no serviço de saúde, uma cópia da ficha de notificação, relatórios técnicos e comunicados emitidos aos órgãos de proteção;
- Todos os serviços de saúde deverão priorizar os atendimentos dos casos de violência. Os atendimentos destes casos devem ser realizados no mesmo dia em que chegam ao serviço;
- Podem ser agendados atendimentos específicos quando necessários (consultas médicas, atendimento psicológico, social e de outras especialidades). Também podem ocorrer encaminhamentos para outros serviços de saúde. Os encaminhamentos devem ser sempre acompanhados de relatório detalhado, e se possível realizar contato pessoal ou telefônico prévio;
- O caso será discutido pela equipe com o objetivo de ampliar a compreensão do problema e desenvolver um Projeto Terapêutico Singular que leve em conta as múltiplas dimensões envolvidas;
- Quando necessário, serão realizados contatos com a rede de proteção para produção de uma atenção compartilhada;
- Registrar todas as etapas do atendimento e encaminhamento no prontuário, assim como número da ficha de notificação de violência.

4.6.2. Atenção Secundária

Núcleo de Prevenção da Violência

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

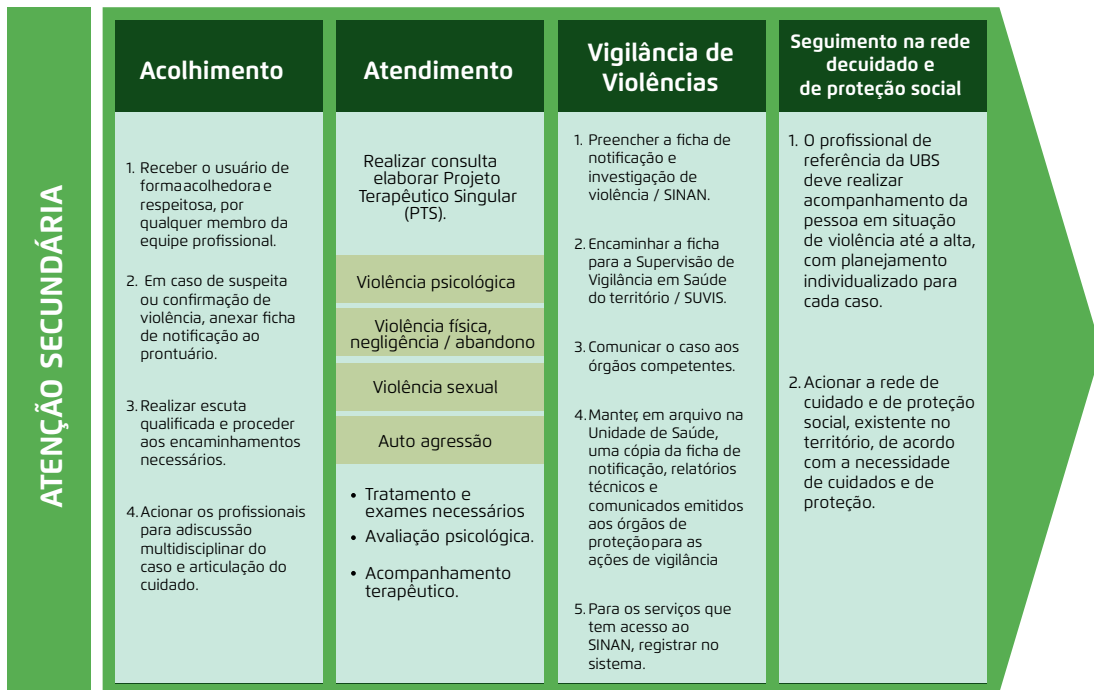


Figura 5 – Fluxograma da Atenção Secundária à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. Município de São Paulo, 2015.

- Qualquer profissional do serviço de saúde poderá receber e acolher o usuário em risco ou situação de violência, buscando sempre uma escuta acolhedora e qualificada;
- Efetuar o preenchimento da ficha de notificação de violência (SINAN), caso o preenchimento não tenha sido ainda realizado;
- Encaminhar comunicado aos órgãos competentes referentes à rede de proteção social;
- Manter, em arquivo, nos serviços de saúde, uma cópia da ficha de notificação, relatórios técnicos e comunicados emitidos aos órgãos de proteção;
- Após o acolhimento, estes profissionais realizarão os primeiros atendimentos e as primeiras orientações e encaminhamentos necessários a cada caso;
- Orientar e dar encaminhamento ao usuário para que procure à UBS de referência;
- Acionar a UBS de referência, com encaminhamento de relatório para comunicar o caso, objetivando o monitoramento no território;
- Quando necessário, serão realizados contatos com as entidades da rede de proteção para produção de uma atenção compartilhada;
- Registrar todas as etapas do atendimento e encaminhamento no prontuário, assim como número da ficha de notificação.

4.6.3. Atenção Terciária

Núcleo de Prevenção da Violência

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



Figura 6 – Fluxograma da Atenção Terciária à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. Município de São Paulo, 2015.

- A recepção deve anexar uma ficha de notificação de violência (SINAN) em branco no prontuário para que o profissional que atenda inicialmente os casos realize o preenchimento, caso este ainda não tenha sido realizado;
- Os casos devem ser encaminhados ao médico;
- Realizar as consultas, exames e medicamentos necessários, de acordo com cada caso;
- Realizar atendimento psicossocial, quando necessário;
- Encaminhar comunicado aos órgãos competentes referentes à rede de proteção social, quando pertinente;
- Quando preenchida, a ficha de notificação de violência deve ser encaminhada para equipe de vigilância do serviço. No caso do serviço ter acesso ao SINAN, digitar as fichas de notificação no sistema;
- Manter, em arquivo no serviço de saúde, uma cópia da ficha de notificação, relatórios técnicos e comunicados emitidos aos órgãos de proteção no setor de vigilância do serviço;
- Registrar todas as etapas do atendimento e encaminhamento no prontuário, assim como número da ficha de notificação.

A assistência à saúde da pessoa em situação de violência é de responsabilidade de todos os setores hospitalares e deve contar com o envolvimento dos profissionais desde a recepção. Médicos clínicos, ginecologistas; cirurgiões gerais; enfermeiros; técnicos de enfermagem; auxiliares de enfermagem; assistentes sociais; psicólogos hospitalares devem compor a equipe, além de profissionais de Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos (SAME). Quando necessário outros profissionais podem ser acionados (médicos de diferentes especialidades, fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas, fonoaudiólogos, nutricionistas, etc.).

Os materiais necessários para o atendimento da pessoa em situação de violência no ambiente hospitalar são:

- Boletim de emergência (BE)
- Livro de registro e numeração das notificações:
 - no Serviço Social
 - na ficha de notificação / SINAN.

Procedimentos e responsabilidades

Recepção:

- Abrir BE, confirmando e completando todos os dados do paciente.
- Anexar uma ficha de notificação de violência em branco, no prontuário para preenchimento pelo profissional que iniciar o atendimento;

Médico:

- Providenciar exames clínicos detalhados e relatório descritivo;
- Solicitar exames laboratoriais e radiológicos, se necessário.
- Anotar em prontuário ou ficha de atendimento de forma legível as condições gerais (inclusive de higiene) da pessoa durante a internação, assinar e carimbar;
- Se identificada a violência, discutir o caso com a equipe multiprofissional. Em caso de dúvida acionar representantes de NPV.
- Verificar e acionar os outros profissionais previstos no fluxo.

Nos casos de abuso/violência sexual:

- O atendimento inicial deverá ser feito pelo clínico, ginecologista e/ou cirurgião Geral conforme o caso;
- Prescrever profilaxia e realizar os encaminhamentos necessários;
- Em caso de criança/adolescente e idosos comunicar os órgãos de proteção social competentes;

Nos casos de intoxicação exógena (ingestão de medicamentos, uso e abuso de álcool ou outras drogas, ingestão de produtos de limpeza, inalação de produtos tóxicos e outros):

- Acionar o Centro de Controle de Intoxicações (CCI),
- Acionar psicólogo/assistente social;
- Efetuar o preenchimento das fichas de notificação violência e intoxicação exógena.

Nos casos de criança e adolescente:

- O atendimento deverá ser realizado pelo pediatra e/ou clínico e as informações obtidas deverão ser inseridas no prontuário ou ficha de atendimento (exame físico detalhado, condições de higiene encontrada, entre outros). Solicitar exames. Em caso de abuso sexual, realizar profilaxia se necessário.
- Acionar o assistente social e psicólogo;
- Acionar os órgãos de proteção social e caso seja considerado de risco, realizar a internação social até que o Conselho Tutelar defina o caso;
- A alta hospitalar dependerá de critérios clínicos e da decisão judicial.

No caso de idoso:

- O atendimento deverá ser realizado pelo clínico e/ou cirurgião geral conforme o caso, e as informações obtidas deverão ser inseridas no prontuário ou na ficha de atendimento (exame físico detalhado, condições de higiene, entre outros);
- Solicitar exames pertinentes;
- Acionar os órgãos de proteção social, e caso seja



considerado de risco, realizar a internação social até que se defina o caso.

Enfermeiro:

- Acolher o paciente e o acompanhante;
- Acompanhar o atendimento médico;
- Receber a BE preenchida pelo médico e outros documentos e fazer os encaminhamentos necessários;
- Acionar os outros profissionais previstos no fluxo;
- Orientar quanto ao tratamento prescrito pelo médico;
- Disponibilizar medicação adequada, nos casos necessários;
- Fazer anotação em prontuário;
- Discutir o caso com a equipe multiprofissional. Em casos de dúvida acionar representante do NPV;
- Verificar junto ao Serviço Social as restrições ou não, quanto à saída do paciente na alta.

Técnico e auxiliar de enfermagem:

- Acolher o paciente e o acompanhante;
- Acompanhar o atendimento médico;
- Acionar o laboratório para coletar os exames solicitados e encaminhar a exames de imagem, se houver;
- Auxiliar o médico e enfermeiro nos procedimentos

a serem realizados;

- Administrar a medicação prescrita;
- Discutir o caso com a equipe multiprofissional. Em casos de dúvida acionar representante do NPV;

Assistente social:

- Avaliação social da situação;
- Apoio e orientações aos familiares/acompanhantes;
- Elaborar relatório social, se necessário (para casos de denúncia ou encaminhamento aos órgãos pertinentes);
- Fazer as anotações em prontuário;
- Discutir o caso com a equipe multiprofissional. Em casos de dúvida acionar representante do NPV;
- Verificar se todos os serviços do fluxo foram acionados;
- Realizar os encaminhamentos e as notificações pertinentes;

Psicólogo hospitalar:

- Realizar entrevista com paciente e acompanhantes;
- Observar o paciente/familiares durante o atendimento/internação;
- Elaborar relatório técnico;

- Anotar em prontuário;
- Discutir o caso com a equipe multiprofissional. Em casos de dúvida acionar representante do NPV.

Observações gerais

Cabe a todo e qualquer profissional identificar a suspeita ou confirmação de violências e informar aos técnicos que irão fazer o atendimento, seja durante a semana, final de semana, feriados e período noturno.

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

Cabe ao médico manter a internação da pessoa idosa e criança/adolescente até a avaliação da equipe técnica e quando necessário acionar os órgãos de proteção.

Cabe ao médico realizar relatório pormenorizado, o mesmo se estende aos profissionais envolvidos no atendimento.

Orientar e encaminhar o usuário à UBS de referência.

Em todos os casos a UBS de referência, deve ser acionada com encaminhamento de relatório para comunicar o caso, objetivando o monitoramento no território.

Se identificada suspeita ou confirmação da violência é de responsabilidade do profissional realizar a notificação SINAN. Nos casos de criança, adolescente e idoso, efetuar comunicação aos órgãos competentes. Nos casos de adultos, informar sobre a importância do Boletim de Ocorrência, apesar de sua não obrigatoriedade, nos casos do paciente estar lúcido e capaz para os atos da vida civil.

Nos casos de violência sexual o atendimento da saúde não está condicionado ao exame de perícia ou corpo delito. Devendo o processo de cuidado ser realizado. Caso exista o desejo ou necessidade de dar-se andamento judicial, a figura do perito, o boletim de ocorrência (B.O) e o exame do Instituto Médico Legal (IML) são necessários.



5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

5.1. Vigilância das Violências

O atendimento das pessoas em situação de violência sempre fez parte da assistência realizada pelos serviços de saúde. No entanto a organização da Vigilância das Violências, bem como a construção da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, de forma a garantir fluxos, estabelecer referências, construir protocolos de atendimento, estabelecer prioridades nos serviços, são mais recentes.

No MSP, desde 2002, foi implantado o Sistema de Informação e Notificação de Violência (SINV), que permitiu o registro informatizado dos casos de violência.

Em 2003, a Lei 13.671, de 26 de novembro de 2003 e posteriormente o Decreto 48.421, de 06 de junho de 2007, da Prefeitura de São Paulo, regulamentam a notificação de violências e acidentes, que passa a ser obrigatória em todos os Serviços de Saúde do MSP, utilizando-se do Sistema de Informação para Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA). O SIVVA acumulou em seu banco de dados, desde sua implantação em 2008 até junho de 2015 o registro de aproximadamente 480.000 casos de violências e de acidentes, sendo que cerca de 138.500 (28%) são casos de violência.

Em 05 de julho de 2015 a SMS-SP passou a notificar e registrar os casos de Violências no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e os casos de acidentes passaram a ser registrados no Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes (SIVA).

O banco de dados do SIVVA, do período de 2008 a 2015, será mantido para a utilização dos dados, mediante permissão de acesso via tabulação no TabNet. Os dados continuarão a ser disponibilizados na página da IntraNet da SMS/COVISA e da Internet para o público geral.

A Portaria, 1.102, SMS/COVISA, de 20 de junho de 2015 trata da transição de sistemas de notificação de Violências e Acidentes.

A Notificação de Violência tem por objetivo, gerar informações para a compreensão desse agravo e apoiar a organização de serviços, a formação e o fortalecimento das redes intra e intersetoriais.

A informação gerada pelo setor Saúde possibilita o atendimento às leis municipais, estaduais e federais no que se refere à defesa da garantia de direitos.

É imprescindível, na dinâmica da atenção às situações de violência, a possibilidade de enxergar e de “dar visibilidade” ao agravo para possibilitar a proteção, a prevenção e a promoção da saúde. Podemos dizer que o uso da informação é uma das ferramentas e uma das estratégias de trabalho, uma vez que ela cumpre a necessidade de desvelar a violência, sua magnitude e características, para possibilitar seu enfrentamento.

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

Deve-se pensar a vigilância levando em consideração todas as facetas das diferentes modalidades e recortes da violência. A vigilância necessita trabalhar em parceria com as diferentes áreas da SMS e de outros setores da sociedade, no sentido de deflagrar ações de atenção, proteção e produção da saúde do indivíduo e das comunidades.

A Vigilância, sob a ótica coletiva, precisa ser pensada a partir dos territórios, onde as desigualdades sociais propiciam as maiores vulnerabilidades. Desta forma, a análise da informação ganha vida na construção de políticas públicas que buscam a integralidade e a equidade.

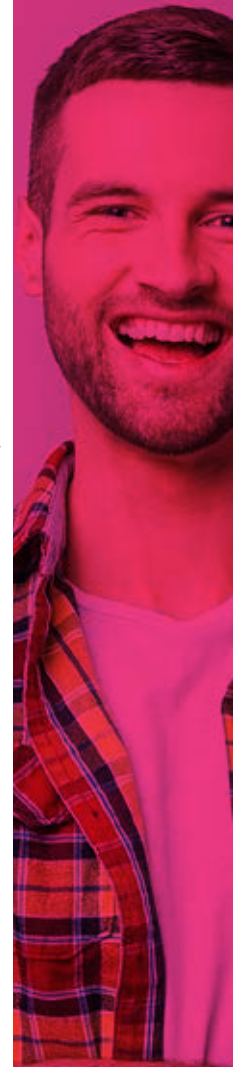
Tendo como referência a compreensão das violências como sinônimo das violações de direitos nos territórios, a informação vinda do processo de notificação precisa fazer parte de diagnósticos mais amplos, que envolvam as informações de outros setores, de outras instituições e da própria população, num trabalho conjunto, construindo agendas comuns, projetos coletivos, planejamentos e ações em redes intersetoriais.

A Vigilância em Saúde utiliza a informação como um de seus mais caros instrumentos. Portanto, a vigilância deve sempre buscar qualidade na informação que produz. Isso se faz por meio de um esforço permanente de capacitação da rede de atenção, composta, como já dito anteriormente pela rede de vigilância e pela rede de assistência em saúde, desde a coleta até o monitoramento dos bancos de dados.

A Vigilância deve, por meio da notificação e de outras informações de saúde (mortalidade por agravo, dados de internação, pesquisas em saúde e outros) e da informação de diversos setores, propiciar e disparar processos necessários à assistência individual e às ações coletivas de apoio à articulação das redes de proteção, produção e de promoção da saúde.

5.1.1. Ações De Vigilância da Violência

- Utilizar e construir instrumentos capazes de captar o agravo, objetivando avaliar e intervir na situação, buscando a diminuição do evento.
- Estabelecer fluxos para garantir o cuidado da pessoa em situação de violência;
- Garantir os recursos necessários para o registro das notificações de violência;
- Qualificar, analisar e divulgar a informação;
- Identificar serviços silenciosos⁸ em relação à notificação;
- Incentivar e apoiar a organização de fóruns de discussão do tema, procurando em especial ampliar conhecimento sobre a dinâmica das violências e sobre a correlação com os acidente, em grupos específicos (idosos, mulheres, negros, população LGBT, etc.), assim como em territórios específicos;
- Melhor desenvolver a definição de suspeita de violência, reunindo os conceitos da Vigilância em



Saúde e do arcabouço técnico e teórico sobre os diversos tipos de violência;

- Fomentar, apoiar, orientar, monitorar e avaliar, em conjunto, o trabalho em redes;
- Apoiar a realização de ações intersetoriais que permitam a construção de diagnósticos conjuntos (nas esferas municipal, regional e local);
- Realizar capacitações e treinamentos;
- Colaborar com a organização dos serviços;
- Fomentar a participação da população (usuários e conselhos) ampliando o debate do tema, trabalhando no foco da promoção da saúde;
- Colaborar na construção de políticas públicas.
- Realizar análise dos dados e produção de relatórios com informações para os níveis regionais;
- Realizar seminários com apresentação das informações e construção de propostas de superação da violência.

⁸*Serviços onde não há registro de notificação de violência / SINAN no período de três meses.*

5.1.2. Vigilância de Violência nos Serviços de Saúde

Na construção da LC, devemos pensar na organização da Vigilância dentro dos serviços de saúde. É fundamental que os profissionais responsáveis pela Vigilância em Saúde do serviço atuem junto com os NPV, trabalhando com os processos a seguir:

1. A Notificação é entendida como: a identificação dos casos; a coleta de dados; a comunicação aos órgãos competentes; o registro no Sistema de Informação, conforme orientações da SMS/COVISA, em consonância com a Portaria MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014.
2. Realização de ações oportunas para a detecção do agravo, encaminhamentos necessários e atendimento adequado a pessoas em situação de violência, na rotina dos serviços.
3. Apoio às estratégias para ampliar a discussão do tema, através da organização de espaços de reuniões, oficinas ou rodas de conversa, com usuários, profissionais e conselheiros de saúde, visando o enfrentamento do fenômeno;
4. Busca do entendimento da situação de violência e de seus determinantes, no território e junto com a rede, redimensionamento dos problemas e identificação das possibilidades de ações locais. Na medida do possível contar nestas ações com a participação de grupos das populações que se espera alcançar.

- Participação nas atividades propostas pela Supervisão Técnica de Saúde (STS), Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) e Área Técnica para a organização das ações na Unidade de Saúde e no território.

Detalhamento do processo de notificação

- Identificação:** identificação dos casos, a partir do conhecimento dos sinais, sintomas, condições e circunstâncias da violência. A escuta qualificada e o acolhimento são importantes para possibilitar o relato da situação de violência;
- Coleta de dados:** realizada de forma mais completa possível, conforme instrutivo SINAN, Instrutivo Complementar SINAN – SP, Orientações COVISA e Informes Técnicos DANT⁹.
- Comunicação do agravo:** elaborar e encaminhar Comunicado dos casos atendidos para o conhecimento dos órgãos competentes, para as medidas necessárias à proteção e defesa, ou para a construção da informação de grupo específico, visando medidas mais amplas, na construção de políticas públicas. Ressaltamos que o Comunicado dos casos aos órgãos de proteção social receberá a assinatura institucional do serviço de saúde que está realizando o atendimento. Uma cópia deste comunicado deverá ficar anexada à ficha de notificação de violência. Caso necessário, pode ser elaborado relatório mais detalhado com informações técnicas para subsidiar as ações. É importante que esse

trabalho seja realizado a partir de pactuações e das ações locais e intersetoriais.

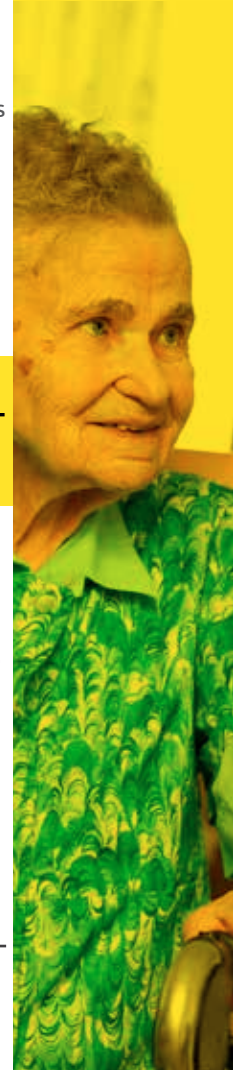
- Registro:** preenchimento da ficha, a partir da investigação da situação de violência. Registro na Ficha e no SINAN (para unidades que têm acesso ao Sistema) ou encaminhamento da ficha à SUVIS de referência da Unidade.

Ressalta-se que todos os serviços de saúde, bem como todos os profissionais de saúde têm a obrigatoriedade de realizar a notificação de violência frente às situações suspeitas ou identificadas

Notificação Compulsória Imediata (realizada em até 24 horas): para violência sexual e autoagressão / tentativa de suicídio.

Notificação Compulsória Semanal (em até uma semana): para as demais situações de violência.

⁹Encontrados na página da COVISA, Internet e Espaço SUVIS – Intranet COVISA. http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/index.php?p=6073



5.2. Vigilâncias das Intoxicações

O Programa Municipal de Prevenção e Controle das Intoxicações Exógenas (PMPCI) é uma subgerência da Gerência do Centro de Controle de Doenças (GCCD), da COVISA que é o órgão responsável pela Vigilância em Saúde/SMS, no MSP. O PMPCI foi criado em outubro de 2010, tendo como integrante em seu organograma o Centro de Controle de Intoxicações – CCI, atualmente localizado no Hospital Municipal Artur Ribeiro Saboya.

O PMPCI desenvolveu o Manual de Vigilância das Intoxicações para o MSP¹⁰, com a finalidade de organizar as ações de vigilância em saúde quanto ao atendimento, acompanhamento, notificação e investigação dos casos, assim como padronizar o registro de dados nos instrumentos de notificação e investigação dos casos suspeitos de intoxicação a produção da informação adequada subsidia processos de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento de medidas de controle para esse importante agravo de notificação compulsória no MSP.

A Interface da Vigilância de Violências e da Vigilância das Intoxicações Exógenas no Sinan

Os agravos de notificação compulsória, Violência e Intoxicação Exógena, têm uma correlação importante de circunstâncias, no que diz respeito às intoxicações que são decorrentes da exposição suspeita de agressão

de terceiros e autoagressão, quando estão envolvidas substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas, alimentos e bebidas).

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

As circunstâncias que constam da Ficha de investigação de Intoxicação Exógena (FIIE) são:

1. Uso habitual;
2. Uso acidental;
3. Uso ambiental;
4. Uso terapêutico;
5. Erro de prescrição;
6. Erro de administração;
7. Automedicação;
8. Abuso;

¹⁰Manual de Vigilância do Programa Municipal de Prevenção e Controle das Intoxicações. Acesso em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/manual_pmpci_1348855965.pdf

9. Ingestão de alimentos ou bebidas (excluindo-se bebidas não alcoólicas e Doenças Transmitidas por Alimentos – DTA);

10. Tentativa de suicídio;

11. Tentativa de aborto/Abortamento por substância química;

12. Violência/Homicídio;

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

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

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

A rede de Serviços de Saúde do MSP (públicos, contatados, conveniados e privados) já tem a informação da obrigatoriedade de, nos casos suspeitos de agressão por terceiros e autoagressão com substâncias químicas, notificarem nas duas fichas SINAN (Violência e Intoxicações Exógenas) e encaminhar para a Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS). No entanto, ainda existe uma grande subnotificação desses agravos, o que torna importante a convergência de esforços para a detecção e registro dessas ocorrências, sobretudo, para que também sejam tomadas medidas oportunas de intervenção.



6. ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RISCO AO SUICÍDIO

A violência autoinfligida ocupa um lugar prioritário na pauta dos problemas sociais que provocam impacto sobre a saúde pública no mundo (19).

Trata-se de um fenômeno de alta complexidade que envolve não somente as pessoas que tentam suicídio, mas acabam afetando a vida dos familiares, amigos e da comunidade. Em geral, a presença de um suicídio em um local de trabalho ou numa escola causa uma comoção generalizada. O fenômeno é cercado de situações complicadas que despertam muito sofrimento, sentimento de impotência, medo, raiva, além de ser fonte de muitos preconceitos. É importante que os profissionais de saúde estejam atentos e sensíveis para apoiar os familiares, os amigos, e muitas vezes, um coletivo de pessoas que foram afetadas pela experiência, pois cada suicídio representa um desafio à capacidade de acolher e elaborar o sofrimento. O fato deve contribuir para que se pensem estratégias que ajudem na superação do problema.

Em especial, é fundamental garantir um espaço de escuta para os familiares mais diretamente envolvidos com a pessoa que tentou ou cometeu o suicídio.

São diversas as situações de vulnerabilidade para o suicídio que merecem atenção e estão relacionadas a múltiplos fatores (biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais).

O MSP registrou 540 óbitos/ano por suicídio entre 2010 a 2014. Observou-se predomínio no sexo masculino (74,4%) e na faixa etária de 20 a 44 anos (58,5%).

Com intuito de reduzir os índices de suicídios, bem como minimizar os danos associados aos comportamentos suicidas e o impacto traumático para além da vítima. MS lançou o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (20) que contou com a participação de representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades em sua elaboração. Em 14 de agosto de 2006 foi publicada a Portaria MS Nº1. 876, que instituiu, na época, as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio.

Dentre os principais objetivos estabelecidos destacam-se:

1. Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos;
2. Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
3. Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

4. Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da Atenção Básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

As estatísticas provam também que aquele que tentou o suicídio uma vez, se não tiver apoio para (re) valorizar a vida, provavelmente poderá tentar novamente.

Em geral, a pessoa que se mata dá muitos avisos diretos ou indiretos, até camuflados, antes de se matar. Está provado que de cada dez pessoas que se matam, oito deram algum sinal que, se compreendido a tempo, poderia ter ajudado a prevenir o suicídio (21).

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

Estudos realizados pela OMS demonstram que em mais de 90% dos casos de suicídio pode ser feito um diagnóstico de transtorno mental. Entre os quadros clínicos mais frequentes podemos destacar a depressão, transtorno afetivo bipolar, dependência química entre outros.

Os profissionais das equipes de saúde da Atenção Básica (22), por estarem em contato mais próximo e duradouro com a comunidade, estão em posição privilegiadas para:

- a. Detectar de forma precoce os transtornos mentais.
- b. Avaliar a rede de proteção social e propor estratégias para reforçar esta rede.

c. Realizar mapeamento das condições ambientais, clínicas, familiares, financeiras, psicológicas e de trabalho dos indivíduos nos quais é detectado risco de suicídio.

d. Promover tratamento quando indicados.

e. Trabalhar com as famílias.

Fatores de Risco:

- História de tentativas anteriores;
- Transtornos mentais como depressão, alcoolismo, transtorno bipolar, esquizofrenia;
- Sexo masculino;
- Faixa etária entre 15 a 45, e acima de 75 anos;
- Desemprego;
- Perdas recentes;
- Solidão, apatia, isolamento;
- Migrantes e imigrantes;
- Doenças orgânicas graves ou incapacitantes;
- Aposentados;
- Personalidade impulsiva e instável;
- Vivência de situação de violência, de vulnerabilidade;
- Acesso fácil aos meios letais (principalmente armas de fogo, fármacos, facas, etc.).



Abordagem para a Pessoa com Risco Suicida:

O contato inicial é muito importante. A equipe de saúde deve acolher o usuário, demonstrando empatia e evitar o julgamento. A escuta qualificada, contribui para a construção de um vínculo terapêutico. Devem-se evitar interrupções frequentes, e comentários invasivos.

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

- A. Estado mental e necessidade de intervenção psiquiátrica;**
- B. Avaliação de vulnerabilidade social e econômica;**
- C. Presença de um plano suicida organizado que aumente o risco de suicídio;**
- D. Capacidade de apoio social por parte da família e dos amigos.**

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

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

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

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. Avaliar necessidade de medicação antidepressiva.
Médio	Pensamentos e planos suicidas, mas não para execução imediata.	Idem anterior; trabalhe a ambivalência (entre viver e morrer); explore alternativa ao suicídio, faça um contrato de não cometer o ato sem que se comunique com a equipe.	Agendar imediatamente consulta com psiquiatra e psicólogo.
Alto	Plano organizado e com meios para sua realização imediata	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 médico e providenciar ambulância e hospitalização. Informar a família sobre o risco e reafirmar o apoio.

Quadro 1 - Manejo de situações que envolvem intenção de suicídio.

Como Perguntar

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

Quando Perguntar

Desde o primeiro contato você já crie um momento para isto. Não existe uma única fórmula. Cada caso é diferente do outro, porém algumas situações que são mais oportunas:

- **Quando perceber que a pessoa tem o sentimento de estar sendo compreendida;**
- **Quando a pessoa está falando sobre seus sentimentos;**
- **Quando está falando sobre seus sentimentos negativos como solidão e desamparo.**

O Que Perguntar

Algumas perguntas podem ser úteis:

“Você se sente triste?”

“Você sente que a vida não vale a pena?”

“Você sente que existe alguma pessoa que se preocupa com você?”

“Você tem vontade de morrer?”

“Você tem ideias de como fazê-lo?”

“Você já pensou em algum plano para se matar?”

“De que maneira você planeja se matar?”

“Você possui remédios ou arma, veneno ou outros meios?”

“Você decidiu quando se matar?”

“Quando você está planejando fazê-lo?”

Todas estas questões necessitam ser perguntadas de forma clara e objetiva, com cuidado, respeito e empatia.

Procedimentos

- Orientar os familiares ou amigos;
- Encaminhar para os serviços adequados da rede de saúde;
- Acionar os serviços de proteção social.

7. ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

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

Abaixo estão elencadas algumas formas de manifestação da violência sexual (17):

Violência Sexual Extrafamiliar com Autor Desconhecido

Neste caso, a violência sexual geralmente ocorre uma única vez, de forma abrupta, e o abuso é acompanhado de violência física. Como há ausência de qualquer vínculo com o autor, a quebra do silêncio por parte da pessoa em situação de violência e de sua família é favorecida, e a denúncia acontece mais facilmente. Esse tipo de abuso acomete mais frequentemente adolescente do sexo feminino e a maioria dos casos acontece fora do ambiente doméstico, sendo comuns as situações em que ocorre penetração vaginal, anal ou oral.

Violência Sexual Extrafamiliar com Autor Conhecido

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

Violência Sexual Intrafamiliar

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



Exploração Sexual

Pressupõe a existência de uma relação de mercantilização, onde o sexo é fruto de uma troca, seja ela financeira, de favores ou presentes. A exploração sexual pode se relacionar com redes criminosas mais complexas, assim como pode envolver um aliciador, que lucra intermediando a relação da pessoa com o cliente. É importante compreender que uma série de fatores pode favorecer esse tipo de violência. Entre eles vale citar as questões ligadas ao gênero, etnia, cultura, erotização precoce do corpo pela mídia, consumo de drogas, disfunções familiares, baixa escolaridade e vulnerabilidade social. É importante frisar que a violência sexual acontece em todos os meios e classes sociais.

Assédio Sexual

Inclui uma aproximação sexual não bem-vinda, uma solicitação de favores sexuais ou qualquer conduta física ou verbal de natureza sexual. Por exemplo, o assédio sexual está presente quando existe uma pressão sobre a vítima para se submeter sexualmente de alguma forma em função de se encontrar numa posição hierarquicamente abaixo ao autor da violência.

Violência Sexual e Exposição às Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST (23)

A prevalência das IST em situações de violência sexual é elevada, e parcela significativa das infecções genitais decorrentes de violência sexual pode ser evitada. Infecções como gonorreia, sífilis, clamídia e tricomoníase são passíveis de prevenção com o uso de medicamen-

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

tos de reconhecida eficácia. Destaca-se que a violência sexual, independentemente do sexo e da idade, deve ser considerada uma prioridade na assistência, devido aos danos psicossociais, à gravidez indesejada e à aquisição de IST/HIV e complicações.

Prevenção das IST na Violência Sexual Contra Mulheres

Em âmbito nacional, vale destacar a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, e ainda as leis de notificação compulsória no caso de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas, atendidas em serviços de saúde públicos ou privados (Lei nº 10.778/2003, Lei nº 8.069/1990, Lei nº 10.741/2003).

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) igualmente exerce um papel fundamental na garantia dos direitos das mulheres.

O atendimento à vítima de estupro é complexo e deve ser considerado como uma prioridade, necessitando idealmente de cuidados de uma equipe multidisciplinar. Quando praticado durante a gravidez representa fator de risco para saúde da mulher e do feto, por aumentar a possibilidade de complicações obstétricas, abortamento e de RN de baixo peso.

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

- Atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- Providências policiais e judiciais são cabíveis. Entretanto, mesmo após a disponibilização de informações completas, caso a pessoa decida não denunciar a violência, o atendimento deve ser garantido;
- Profilaxia da gravidez, das IST não virais e do HIV;
- Vacinação e imunização passiva para HBV;
- Coleta imediata de material para avaliação do status sorológico de sífilis, HIV, HBV e HCV, para seguimento e conduta específica;
- Agendamento do retorno para seguimento sorológico após 30 dias, e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social;

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



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

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

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

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

Profilaxia Das IST Não Virais em Vítimas de Violência Sexual

O esquema de associação de medicamentos para a profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual encontra-se no quadro 2.

A profilaxia para as IST não virais durante a gravidez está indicada em qualquer idade gestacional*:

POSOLOGIA			
IST	MEDICAÇÃO	ADULTOS E ADOLESCENTES COM MAIS DE 45 KG, INCLUINDO GESTANTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM MENOS DE 45 KG
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	125 mg, 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)
Tricomoniase	Metronidazol*	500 mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total 2 g)	15 mg/kg/dia, divididas em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2 g)

Notas:

Em indivíduos com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos acima, devem-se utilizar drogas alternativas.

A administração profilática do metronidazol e as alternativas podem ser postergadas ou evitadas 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.

Quadro 2 - Profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual.

As crianças apresentam maior vulnerabilidade às IST devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. O diagnóstico de uma IST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual e deve ser investigado.

Profilaxia da Hepatite B em Vítimas de Violência Sexual

Os indivíduos em situação de violência sexual também devem receber dose única de Imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB), 0,06 ml/kg, IM, dose única, em extremidade diferente da vacina e se a dose da imunoglobulina ultrapassar cinco ml deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende o uso nas primeiras 48 horas e está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)¹¹.

A vacina para hepatite B deve ser aplicada no músculo deltoide ou na região do vasto lateral da coxa. O MS recomenda o uso de IGHAHB em todas as pessoas em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto. Como a vacinação para hepatite B já está incluída no calendário vacinal, deverá ser considerada a imunização de crianças não vacinadas

previamente. A imunização para a hepatite B e o uso de IGHAHB está indicada na gestação, em qualquer idade gestacional.

Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B:

- Casos de violência sexual em que o indivíduo apresente exposição crônica e repetida;
- Situação frequente em casos de violência sexual intrafamiliar;
- Indivíduos cujo ofensor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.

Profilaxia da Infecção pelo HIV

As informações sobre a profilaxia pós-exposição ao HIV encontram-se disponíveis no endereço

www.aids.gov.br/pcdt.

¹¹Fluxo para solicitação de imunobiológicos especiais. Acessado em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/unid_imunobi.htm

Anticoncepção de Emergência

Grande parte dos crimes sexuais ocorre durante a idade reprodutiva da mulher. O risco de gravidez, decorrente dessa violência, varia entre 0,5 e 5%, considerando-se a aleatoriedade da violência em relação ao período do ciclo menstrual, bem como se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada. No entanto, a gravidez decorrente de violência sexual representa, para grande parte das mulheres, uma segunda forma de violência. A complexidade dessa situação e os danos por ela provocados podem ser evitados, em muitos casos, com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE). O método anticonceptivo pode prevenir a gravidez forçada e indesejada utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo. Os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso adequado AE.

A AE deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. A AE é desnecessária se a mulher ou a adolescente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável, esterilização cirúrgica ou DIU. Obviamente também só se aplica se houve ejaculação vaginal, pois em caso de coito oral ou anal não é necessária. A AE hormonal constitui o método de eleição devido seu baixo custo, boa tolerabilidade, eficácia elevada e ausência de contraindicações absolutas.

Prevenção da Gravidez Não Planejada

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

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

Prescrever 1,5 mg de levonorgestrel em dose única, até 120 horas da relação desprotegida. Quanto mais próximo do coito desprotegido for administrado o anticoncepcional de emergência, maior será sua eficácia.

Outras informações podem ser obtidas nos endereços eletrônicos abaixo:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_para_utilizacao_levonorgestrel.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf



A mulher em situação de violência sexual deve ser orientada a retornar ao serviço de saúde, assim que possível, se ocorrer atraso menstrual, que pode ser indicativo de gravidez. No entanto, deve estar informada de que, na maioria das vezes, pouca ou nenhuma alteração significativa ocorrerá no ciclo menstrual. A não provoca sangramento imediato após o seu uso, e cerca de 60% das mulheres terão a menstruação seguinte ocorrendo dentro do período esperado, sem atrasos ou antecipações. Em 15% dos casos a menstruação poderá atrasar até sete dias e, em outros 13%, pouco mais de sete dias.

Alternativas Frente a Gravidez Decorrente de Violência Sexual

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro.

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

Todos os esquemas deverão ser iniciados o mais precocemente possível, preferencialmente em até 72 horas, excepcionalmente poderá ser prescrita até 120 horas após a violência sexual.

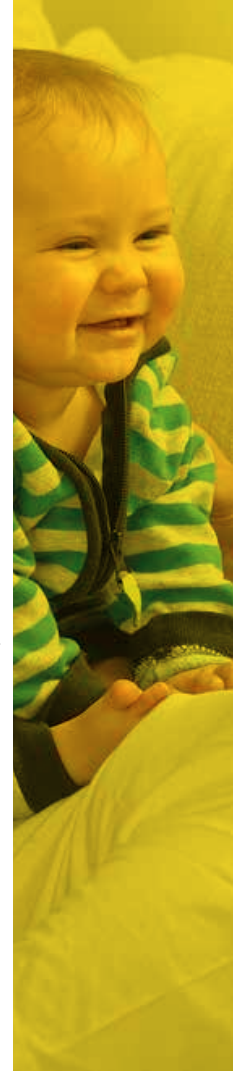
Aspectos Legais

De acordo com o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual. Constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Capítulo I: do Direito à Vida e à Saúde, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva.

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde

afirmando ter sofrido violência, deve ter credibilidade, ética e legalidade, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, portanto não cabe ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima, o que agravaria ainda mais as consequências da violência sofrida. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados a Polícia ou Justiça.

É de suma importância que as unidades de saúde frente a uma suspeita de gravidez decorrente de violência sexual façam o encaminhamento o mais rápido possível para um dos serviços próprios do Município de São Paulo que fazem a interrupção da gravidez prevista em Lei (Aborto Legal). Confirmada a gravidez por um simples teste de Beta HCG urinário e havendo o interesse da mulher no procedimento de aborto legal, não se deve perder tempo com outros exames que podem atrasar e aumentar o risco do tratamento, tendo em vista que os serviços de referência farão todos os exames necessários imediatamente ao receberem estas pacientes, inclusive ultrassonografia para se determinar a idade gestacional.



Em relação à violência sexual foram elaboradas normas técnicas pelo Ministério da Saúde:

Atenção humanizada ao abortamento.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf

Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios.

<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>

Perguntas e respostas para profissionais de saúde.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf

Violência Sexual Contra Meninos

Estimativas indicam que uma em cada quatro meninas e um em cada seis meninos experimentou alguma forma de violência sexual na infância ou adolescência (24).

A dificuldade dos meninos em relatar a ocorrência da violência sexual tem forte influência cultural (25), e também pode influenciar os dados epidemiológicos. A violência sexual masculina é geralmente banalizada, enquanto a ocorrência da violência sexual feminina é “esperada” (25, 26). O constrangimento e a estigmatização da vítima refletem os modelos ideais de masculinidade que dificultam a revelação da violência sexual.

Com relação à idade da vítima, os estudos realizados no Brasil apontam uma tendência de que as vítimas sejam meninos de até 12 anos. Uma possível explicação para a predominância da faixa etária até 12 anos entre meninos vítimas de violência sexual pode ser atribuída ao desenvolvimento físico e cognitivo. À medida que se desenvolvem, os meninos possuem maior capacidade cognitiva de entendimento do que é certo e errado, estando mais aptos a diferenciar interações inadequadas, como as que ocorrem na violência sexual, de interações esperadas. Além disso, a força física adquirida pelos meninos ao longo da adolescência pode intimidar possíveis autores de violência sexual. No que tange às características dos ofensores, esses geralmente são do sexo masculino e heterossexuais. Costumam ser conhecidos pela criança, principalmente parentes, com idades entre pré-adolescência e idade adulta.

Dentre as consequências da violência sexual masculina, a preocupação quanto à orientação sexual revela constituir a principal diferença entre casos de violência sexual contra meninas e meninos. A violência sexual pode fazer com que os meninos se sintam mais confusos quanto a sua sexualidade, e temam a homossexualidade (27), uma vez que o episódio de violência sexual tende a acontecer, comumente, em uma relação homossexual. Porém, tal fato não é considerado como um comportamento definitivo homossexual dos autores ou das vítimas (26). A reação da família pode agravar o conflito ao levantar dúvidas quanto às atitudes dos meninos violados. Além disso, é comum encontrar preocupação por parte dos familiares em relação à orientação sexual dos filhos (27).

Mesmo, aparentemente, em menor número, os casos de violência sexual masculina ocorrem e necessitam de atenção por parte dos profissionais da saúde. Homens e meninos violados sexualmente tem um direito ao cuidado de qualidade em todos os níveis da atenção integral. É necessário mais atenção à gravidade do problema na população masculina, investindo esforços no sentido de superar a subnotificação desses casos.

8. CUIDADO EM RELAÇÃO AOS OFENSORES

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

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

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



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

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

Em geral, os profissionais de saúde tendem a se identificar muito mais com as vítimas, em função de sua condição de maior vulnerabilidade. Por conseguinte, os profissionais frequentemente revelam um movimento de rejeição e culpabilização dos ofensores.

Para ver e analisar a complexidade do cuidado em relação aos ofensores é preciso se colocar a uma distância mínima que permita uma visão mais clara e fidedigna dos determinantes envolvidos nesse desafio. Usualmente, a pessoa muito envolvida emocionalmente acaba encurtando essa distância em função de identificação intensa com o problema. O observador que analisa de muito perto tende a perder a visão mais geral do todo e acaba tomando a parte pela totalidade, distorcendo a compreensão da situação. A emoção e o desejo interferem no olhar, colocando o sujeito nas armadilhas do problema.

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

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

Um estudo da OMS realizado com 56 programas que atuam com homens autores de violência (HAV) nos cinco continentes detectou que as três principais estratégias presentes são: elaborar a influência da dimensão de gênero na construção das masculinidades, com especial ênfase para a relação entre homens e violência; valorizar a distinção entre relacionamentos íntimos saudáveis e não saudáveis e desenvolver formas não violentas de resolução de conflitos (28).

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

A perspectiva de gênero tem sido comumente utilizada para responder e atuar, na medida em que ela traz subsídios importantes para a reflexão sobre o desafio de envolver a população masculina em ações voltadas ao cuidado – tanto de si quanto dos outros (29).

Desta forma, acredita-se que uma transformação real das relações violentas só será atingida com o envolvimento tanto de homens como de mulheres (30). Contudo, trazer os homens para esse campo de atuação

apresenta novos desafios, sendo o principal, garantir que o trabalho direcionado às mulheres em situação de violência não seja prejudicado (31).

Mulheres também podem ser violentas. Várias pesquisas apontam para as grandes proporções com que a violência ocorre na infância, apesar de subestimada oficialmente em todo o mundo. No que diz respeito aos ofensores, um estudo verificou que a mãe foi a que contribuiu com a maior prevalência para a negligência 60,7%; o pai contribuiu com 37,6%; o padrasto com 24,3%; outros familiares com 25,7% (32).

A respeito da violência praticada pelas mães, considera-se que as agressões físicas e psicológicas são remanescentes de uma cultura que compreende os castigos ou punições, físicas ou psicológicas, como recursos de socialização e práticas educativas (33).

Autores concordam que a violência intrafamiliar é frequentemente justificada pelos ofensores como forma de educar e corrigir transgressões de comportamento (33-35).

O espaço de interação entre mães e filhos recebe influência de uma multiplicidade de fatores que favorecem a expressão da violência: pobreza, relações conflitantes do casal, uso de álcool e drogas, vivência de violência conjugal na infância, vivência de abuso infantil. A este respeito, considera-se que a tendência atual dos pesquisadores é de considerar que a interação de diferentes fatores pessoais, situacionais e socioculturais é responsável por provocar o abuso (36).

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

A dependência das mulheres é um dos determinantes que favorecem a expressão da violência, através do aumento da agressividade e da presença de atitudes negligentes com os filhos (37). Essa realidade é comum nas famílias de crianças em condição de abrigamento por ordem judicial.

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

DESTAQUE

Agressão Sexual e Pedofilia

Estudos no Brasil e no mundo indicam que a maioria dos ofensores sexuais contra crianças não são pedófilos. Pesquisa nacional realizada com sentenciados por crimes sexuais violentos no Estado de São Paulo identificou que somente 20% dos molestadores de crianças condenados preenchiam critérios diagnósticos para o quadro psiquiátrico de pedofilia. Entre ofensores sexuais de adolescentes, o número é ainda menor: apenas 5%.



Nem todo molestador de crianças é pedófilo. Da mesma forma, nem todo portador de pedofilia é molestador de crianças. Uma parte significativa dos indivíduos que abusam sexualmente de crianças são criminosos oportunistas. Selecionam os menores para o ato sexual simplesmente porque estão disponíveis em determinado momento e situação. Por outro lado, o indivíduo com diagnóstico médico de pedofilia pode manifestar fantasias sexuais intensas e recorrentes envolvendo crianças e púberes, mas jamais concretizá-las.

A pedofilia é a forma de violência sexual caracterizada pelo desvio da sexualidade que leva o adulto a se sentir sexualmente atraído de modo compulsivo por crianças e adolescentes.

Trata-se de transtorno psiquiátrico de difícil diagnóstico e tratamento. De acordo com o Ministério Público Federal, a pedofilia em si não é crime. No entanto, o código penal considera crime a relação sexual ou ato libidinoso (todo ato de satisfação do desejo ou apetite sexual da pessoa) praticado por adultos com criança ou adolescente menor de 14 anos. Conforme o artigo 241-B do ECA é considerado crime, inclusive, o ato de adquirir, possuir ou armazenar, por qualquer meio, fotografia, vídeo ou outra forma de registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente.

Apesar de muitos pedófilos não concretizarem as fantasias, existem fatores psicossociais apontados como facilitadores para o crime. Entre os principais estão doenças afetivas como a depressão, estresse psicológico intenso e abuso de substâncias psicoativas como o álcool. Quando algum desses fatores ocorre em meio à situação em que o indivíduo com pedofilia tem acesso à criança, o comportamento torna-se iminente.

Uma iniciativa pessoal adequada seria o próprio portador de fantasias sexuais dirigidas às crianças procurar ajuda médica e psicológica especializada antes de qualquer desenlace indesejado. Esse acompanhamento profissional preventivo objetiva melhorar a qualidade de vida, evitar qualquer comportamento sexual ilícito e impróprio, readequar a vida sexual do paciente e promover a inserção social.

Apesar de a maioria dos ofensores sexuais de crianças e adolescentes não se enquadrar no diagnóstico de pedofilia, existe proporção variável de molestadores que realmente sofre de algum tipo de transtorno psiquiátrico. As desordens mentais mais observadas nessa população são problemas com álcool e outras drogas, impulso sexual excessivo, transtornos da preferência sexual, de personalidade ou de humor.

O portador de pedofilia frequentemente possui diminuição da capacidade de controlar impulsos, desejos e comportamentos sexuais dirigidos às crianças. Algum grau de prejuízo na habilidade de controle impulsivo pode ser encontrado entre os portadores deste grave transtorno psiquiátrico. Por essa razão, o portador de pedofilia que comete crime sexual deve receber tratamento adequado.

A pedofilia é exemplo claro de transtorno psiquiátrico de difícil diagnóstico e tratamento. Apesar disso, uma parcela significativa dos que padecem da doença responde bem ao tratamento médico e psicológico quando aplicado de forma adequada. Dessa forma, apesar dos estigmas que cercam a doença, o tratamento é um direito humano básico, que deve ser respeitado e instalado.

9. ÁREAS TÉCNICAS

9.1. Saúde da Mulher

A violência contra a mulher é um tema que vem sendo a cada dia mais abordado como uma questão de saúde. Entretanto, dado a complexidade do fenômeno, muitos profissionais desta área percebem como desafiador um trabalhar desta natureza em uma rede de serviços de saúde, que precisa acolher as diversas demandas estando, em geral, bastante sobrecarregada. Realmente, os profissionais têm pouco conhecimento acerca do que fazer nestes casos, já que a sua formação raramente inclui algum conhecimento técnico específico sobre o tema.

Geralmente mulheres em situação de violência apresentam baixa autoestima, e sentem muito medo e vergonha para expressar seus sentimentos. Muitas vezes, elas procuram os serviços de saúde com diversos tipos de queixas físicas e psicológicas cujas causas estão diretamente associadas à situação de violência. O fenômeno violento é fonte de muitas doenças no corpo e na mente.

Há diversas propostas em andamento, no plano internacional e no Brasil, para estabelecer protocolos de atenção específica para violência contra a mulher e/ou intrafamiliar. O problema é muito frequente e tem importantes repercussões no campo da saúde e dos direitos humanos.

A violência doméstica é uma triste realidade que atinge homens, mulheres e crianças, e que necessita uma abordagem global. No entanto, o problema incide mais sobre os indivíduos mais frágeis.

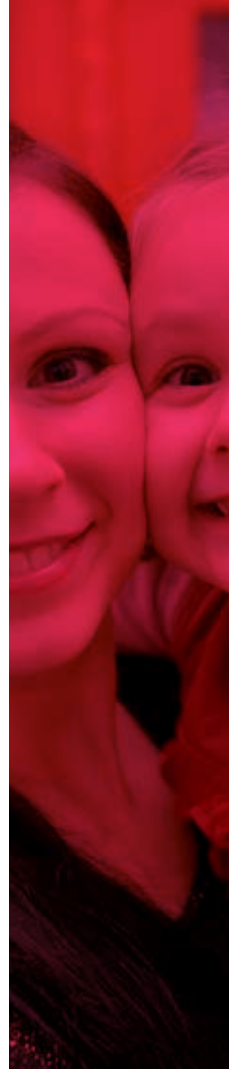
Infelizmente a cultura machista predomina em nossa sociedade. Muitos homens reproduzem na relação com suas parceiras o modelo de dominação masculina usando da violência como meio para alcançar seus desejos.

Atender as mulheres que sofrem violência é assumir a responsabilidade e a vocação da saúde que é o cuidado. Além disso, esse atendimento contribui para zelar pelos Direitos Humanos.

Sinais e Sintomas

Alguns sintomas mostram-se de forma constantes associados à violência contra mulher. Entre eles pode-se destacar (38):

- Transtornos crônicos, vagos e repetitivos;
- Entrada tardia no pré-natal;
- Companheiro muito controlador; reage quando separado da mulher;
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- Dor pélvica crônica;
- Síndrome do intestino irritável;



- Transtornos na sexualidade;
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição;
- Depressão;
- Ansiedade;
- História de tentativa ou ideações de suicídio;
- Lesões físicas;
- Dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa (dor que não tem nome ou lugar).
- Práticas que resultam em restrições de liberdades, como não disponibilizar dinheiro; ameaças de agressão ou brigas verbais associadas às saídas;
- Humilhação (maus tratos, desqualificações públicas ou privadas) xingamentos e ofensas por conhecidos e/ou familiares;
- Ameaças de agressão; ameaças com armas ou instrumentos de agressão física;
- Relações sexuais forçadas;
- Submissão a práticas sexuais indesejadas;
- Agressão física de qualquer espécie.

Como Fazer a Entrevista

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

a. Acolhendo o relato espontâneo

Não apenas mulheres com o corpo cheio de hematomas podem nos lembrar de situações de violência. É preciso atenção a certas formas de comportamento e de comunicação que podem significar que a mulher se encontra em situação de violência

- Atitude violenta em relação a entes queridos ou a animais de estimação;
- Presença de restrição de liberdades individuais (impedimento de trabalhar fora; estudar; ou sair de casa, mesmo para visitas a familiares);

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

b. Perguntando quando há suspeitas

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

c. Perguntando indiretamente

O assunto no serviço de saúde pode ser abordado por meio de perguntas indiretas.

“Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro?”

“Você está com problemas no relacionamento familiar?”

“Você se sente humilhada ou agredida?”

“Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?”

“Você e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito?”

“Quando vocês discutem, ele fica agressivo?”

d. Perguntando diretamente

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

“Isto aconteceu alguma vez com você?”

“Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas. Isto aconteceu com você?”

“Alguém lhe bate?”

“Você já foi forçada a ter relações com alguém?”

Deve-se assegurar a mulher que haverá sigilo em seu atendimento. Deve-se declarar que ninguém merece sofrer violência, que existem diversos caminhos para a saída de situações deste tipo e que estamos dispo-

tos a auxiliá-la. Deve-se também avaliar risco iminente (perguntando se ela tem medo de voltar para casa e avaliando se há menores envolvidos). Em caso positivo, contatar a rede de proteção social.

DESTAQUE

Violência Sexual contra Mulheres Enquanto Problema de Saúde Pública

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

A prevalência é maior em grupos de maior vulnerabilidade, como, crianças em abandono, adolescentes e deficientes mentais. A subnotificação, reflexo da relutância e do constrangimento da mulher em denunciar o ocorrido, decorre de inúmeros fatores. Teme-se o interrogatório policial, o atendimento do IML, a divulgação pela imprensa e a ameaça de vingança do agressor. A mulher sente medo, principalmente, de não ser acreditada.

As consequências biopsicossociais são difíceis de mensurar, embora afetem a maioria das vítimas e suas famílias. Na esfera emocional, a violência sexual pode produzir efeitos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis. Nesse sentido, o atendimento dessas mulheres é fundamental para minimizar o impacto da violência. Mulheres que recebem cuidado adequado têm mais oportunidades para superar o evento traumático.



A oferta de um espaço de acolhimento e de elaboração pode fazer toda a diferença. Esses espaços de reflexão e elaboração podem ser individuais e grupais. Existem experiências exitosas de atendimento grupal como instrumento potente para ajudar as mulheres a retomar suas vidas de maneira mais saudável.

Para a saúde, os danos do abuso sexual são expressivos, com particular impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva.

Para os pacientes que chegam imediatamente após a violência sexual (até cinco dias da violência), o primeiro atendimento se mostra fundamental e deve ser realizado por meio de uma postura acolhedora para se conquistar a confiança da vítima, o estabelecimento de vínculo e adesão ao tratamento.

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

Necessidades imediatas da mulher em situação de violência sexual:

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

9.2. Saúde do Homem

As ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (39) buscam romper os obstáculos que impedem os homens de frequentar os serviços de saúde. Avesos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os quadros se agravem, com alguma intervenção possível somente nas fases mais avançadas da doença. A PNAISH, formulada para promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade masculina em seus diversos contextos, foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria MS nº 1.944, de 28 de agosto de 2009. Com o princípio de promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, tem o objetivo de facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da rede SUS, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade, da mortalidade e na melhoria das condições de saúde.

A PNAISH estrutura-se em cinco eixos, um dos quais promove a discussão sobre a prevenção da violência, entendida como fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e psicobiológicos que envolve práticas em diferentes níveis. O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido à violência, e

as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação em relação às sofridas pelas mulheres (40). Em nossa cultura ainda existe a tendência de associar biologicamente a agressividade violenta ao sexo masculino, validando padrões de comportamentos como brigas, lutas, não expressão dos sentimentos. Crenças como: “o homem não chora, homem não deve levar desaforo para casa, se apanhar revide”, são comuns no processo educativo do homem. O uso de álcool, drogas, arma de fogo, também ainda, são mais associados e permitidos ao sexo masculino.

Sob o ponto de vista sociocultural, a violência é uma forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a pratica, o que leva à reflexão sobre o homem ofensor ser também uma vítima. A integralidade da atenção à saúde do homem, portanto, implica numa ampla reflexão sobre o processo de violência, requerendo a desconstrução de seu papel de ofensor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre suas causas, e não apenas em sua reparação.

A banalização ou naturalização do fenômeno da violência, tanto nos espaços públicos como privados, faz com que este tipo de comportamento muitas vezes nem seja percebido como violento. Neste sentido, apresenta-se como de fundamental importância abordar a questão do comportamento violento de modo explícito e direto, quer se trate de violência entre homens ou contra as mulheres (39).

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

Cabe aqui, portanto, uma breve reflexão sobre os temas do acesso e acolhimento na perspectiva da Saúde do Homem. O acesso, que possibilita a consecução do cuidado, permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. O acolhimento, por sua vez, apresenta-se como possibilidade de arguir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade sobre os momentos nos quais os serviços constituem seus meios de recepção dos usuários, em que local, em que circunstâncias, qual finalidade e resultados esperados. O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para

atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral.

Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar. O cuidado ao homem deve ser um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo.

Neste sentido, é esperado que cada profissional, individualmente ou em grupo, possa dar respostas para as seguintes indagações:

1. Qual o perfil da população masculina no território?
2. Quais os principais agravos que incidem sobre esta população?
3. Como se comportam os indicadores de violência no território?
4. O estabelecimento de saúde no qual estou inserido está estruturado de modo a dar respostas às necessidades de saúde dos homens?

A partir dessas respostas, para tornar efetivo o cuidado ao homem nos serviços de saúde da Atenção Básica, são sugeridas estratégias:

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

DESTAQUE

Como destaque, apresentamos alguns aspectos citados no artigo “Violência e Gênero: Vítimas Demarcadas” (41), com o objetivo de estimular o desenvolvimento de um novo olhar que contribua para uma prática cotidiana “receptora” das necessidades da população masculina e que mostre os caminhos para que o vínculo se estabeleça. A situação relatada no artigo ocorre no ambiente hospitalar, mas é perfeitamente reproduzível em outros estabelecimentos de saúde.

A Vítima Invisível: Descrição de um Caso

Espera-se, com este relato, contribuir para a compreensão do atendimento à violência, atentando para as formas como se identificam as figuras de vítima e de agressor, que dão ao fenômeno uma configuração própria, delimitando a violência e a forma específica de atenção que a ela corresponde.

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

O atendimento a este caso indica que os atos de violência pressupõem determinados atributos identificados na vítima. Havíamos observado, com base nos dados desta pesquisa, que a violência se delimita pela identificação de uma fragilidade na figura da vítima, tornando-a “passível de sofrer o ato violento, por corresponder a um lugar definido de antemão como lugar de vulnerabilidade” (42). Assim, são as mulheres, as crianças e os idosos, nos quais se identifica essa característica, que ocupam lugar de “vítimas de violência”. Estudos anteriores, como o de Suárez et al. (43), sobre o imaginário popular relativo a crimes sexuais, mostraram igualmente que a vulnerabilidade aparece como um atributo da vítima de violência sexual. Nessa perspectiva, o homem é visto como o ofensor, e não como objeto de violência. Não é o ato em si que configura a violência, mas a definição prévia de quem é a vítima. Um mesmo ato pode ser considerado violência ou não, conforme a representação que se tem da vítima. A organização do serviço de atendimento segue, então, essa concepção de violência. Mulheres, crianças ou idosos são reconhecidos como vítimas de violência e podem ser tratados como tais, enquanto a perplexidade caracteriza a reação à presença masculina como vítima de violência.

A visibilidade do fenômeno da violência é, assim, recortada por gênero, correspondendo às identidades sociais de homens e mulheres construídas em relações sociais. Homens adultos sofrem violência física, particularmente no âmbito público, envolvidos em conflitos, como agressores ou vítimas, enquanto as mulheres adultas são mais agredidas física e sexualmente



em conflitos domésticos. A expressão da violência, diferenciada segundo a classificação das pessoas e dos espaços sociais por gênero, configurou lugares cristalizados de agressor e vítima.

A problematização de violência e gênero ampliou a perspectiva dos estudos, que passaram também a ouvir os ofensores (44, 45), mostrando que os homens, em seu lugar de ofensor, são parte (neste sentido, igualmente vítimas) de uma configuração social das relações de gênero que os enreda em relações violentas. Torna-os ofensores e agentes da violência, forçando-os a provas de masculinidade. Essa construção social acabou por naturalizar-se em muitas análises sobre a violência contra as mulheres, diante de relações de poder essencializadas como domínio masculino, tornando logicamente inconcebível, ou dificilmente assimilável, a ideia do homem como vítima de um ato violento ou ocupando um lugar submetido numa relação violenta. A discussão sobre o reconhecimento de que qualquer corpo humano, independentemente do sexo ou da orientação sexual de seu portador, pode ser objeto de atos violentos, reveste-se de importância especial diante da questão do direito universal à atenção em saúde, base do SUS, que norteia a política pública de saúde no país. Remete a problemas éticos (46) do atendimento à saúde focalizado em determinados grupos sociais, apontando para dificuldades de se equacionar o princípio da universalidade e da equidade, ambos preconizados pelo SUS.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, contextualizada deste modo, traz o desafio de reconhecer a população masculina enquanto protagonista de suas demandas, mediante a pluralidade de contextos e condições biopsicossociais em que está inserida, e os homens enquanto sujeitos de necessidades, direitos e desejos. A Atenção Básica, porta de entrada preferencial do SUS e referência para a estruturação dos sistemas de saúde, tem então como missão objetivar mais que a oferta de uma clínica especializada para erradicação de doenças. Ao se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da humanização, da equidade e da participação social, tem como proposta um modelo de saúde que entende o sujeito em sua singularidade, em diversos contextos socioculturais e loco regionais, e é desta maneira que produz atenção integral. O grande desafio da PNAISH é o de atender às necessidades individuais e coletivas das diversas populações masculinas, a partir de práticas democráticas e participativas nos três níveis de gestão - federal, estadual e municipal - visibilizando e integrando as especificidades das necessidades das populações masculinas na lógica dos serviços oferecidos (47).

9.3. Saúde da Criança e do Adolescente

A rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como para suas famílias. Alguns grupos sociais são mais vulneráveis à ocorrência de violência.

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

Promoção de Vínculos e Fortalecimento da Resiliência

A resiliência é compreendida como a capacidade de superar adversidades e de lidar positivamente com situações difíceis, como por exemplo, as de violência, que têm alto potencial de produzir muito sofrimento. Os fatores fundamentais para o fortalecimento da resiliência são os vínculos afetivos sólidos e o bom funcionamento da rede de relacionamentos, que atuam como suporte para que a pessoa reflita sobre sua vida e encontre forças para a superação, muitas vezes, desconhecidas por ela própria. Com isso, situações difíceis e obstáculos encontrados ao longo da vida podem fortalecer a pessoa, em vez de fragilizá-la ou fragmentá-la. Com a evolução das pesquisas, descobriu-se que o potencial de resiliência está presente no desenvolvimento de todo ser humano e pode se desenvolver no decorrer da vida. Portanto, é importante que seja incentivado e reforçado desde a infância.

A força da resiliência está relacionada ao suporte e ao respeito mútuo proporcionados pela família, à capacidade individual de se desenvolver autonomamente (autoestima positiva, autocontrole, temperamento afetuoso e flexível), e ao apoio oferecido pelo ambiente social, amigos, professores, profissionais de saúde e outras pessoas significativas para o indivíduo ao longo de sua vida (48).

No cotidiano do atendimento, os profissionais de saúde podem contribuir ativamente para que as famílias se fortaleçam e favoreçam a resiliência de suas crianças e adolescentes. No contato com as famílias, por menor que seja o tempo disponível do atendimento, os profissionais de saúde precisam enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável, como respeitar os direitos da criança e do adolescente e expressar afeto e carinho, dentre outros. Os pais precisam saber que, embora existam características gerais esperadas em cada etapa de desenvolvimento, cada criança tem seu ritmo próprio que deve ser respeitado. No decorrer do atendimento, a fala, o olhar, os gestos, as informações transmitidas em linguagem simples e acessível podem fazer uma enorme diferença na qualidade do atendimento e na construção do vínculo.

Prevenção de Violências na Família e na Comunidade

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

Outra forma de prevenir a violência é identificar as situações familiares que podem gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas. Situações como perda de emprego, uso abusivo de álcool e outras drogas,

separação conjugal, morte de um de seus membros, requerem atenção redobrada à família no sentido de ajudá-la a lidar com tais adversidades e a minimizar o uso da violência como forma de enfrentá-las. A violência sexual também deve ser trabalhada preventivamente, junto aos familiares, crianças e adolescentes. É possível abordar, com linguagem apropriada a cada faixa etária, a questão da sexualidade e dos toques corporais socialmente adequados e inadequados entre uma criança e alguém mais velho do que ela ou adulto. Há ainda a possibilidade de atuar na prevenção evitando que as violências que já ocorreram voltem a acontecer, seja nas relações atuais ou se perpetuando pelas gerações futuras (violência intergeracional). É fundamental reafirmar com firmeza que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e, portanto, a sociedade não tolera que sejam alvos de violações. Nessa perspectiva, a ação dos profissionais ganha um papel crucial e para isso é indispensável investir na educação permanente dos técnicos que atuam nos serviços.

No Final da Infância e no Início da Adolescência

A interação com a escola, com a comunidade e com os grupos de amigos exerce forte influência sobre comportamentos, valores e formação de vínculos, inclusive na “alfabetização amorosa”. É importante valorizar o relacionamento entre os irmãos, que compartilham histórias, experiências, brincadeiras e costumes. Isso também ajuda a construir outra mentalidade na relação de gênero de forma mais igualitária. Estimular o espírito empreendedor contribui para desenvolver habilidades e competências. As conversas em família com a escuta dos pontos de vista de cada um enriquece a comunicação e facilita a resolução dos conflitos que inevitavelmente surgem a partir das diferenças. Construir os alicerces do diálogo sobre temas de interesse comum facilita as conversas sobre temas mais sensíveis, como o uso abusivo de álcool e outras drogas, o início das relações amorosas e o desenvolvimento da sexualidade. Ao chegar à puberdade, as relações afetivas e amorosas se tornam mais intensas. A vivência e o aprendizado dessas relações sofrem influência da mídia, dos amigos e da família. A autodescoberta e a observação ainda são essenciais para determinar muitas das atividades sexuais nesta fase. Em geral, o comportamento sexual da criança e do adolescente tem por base o comportamento das pessoas mais velhas; ao imitá-las, aprendem os papéis dos adultos. Os pais precisam estar cientes de que os filhos podem ter entendimento e interpretação próprios. Contudo, para poderem guiá-los de maneira apropriada, é importante utilizar uma linguagem que promova a compreensão, em vez de fazê-los se sentirem envergonhados ou culpados (24).

DESTAQUE

Características que podem indicar situações de maior vulnerabilidade, ou dificuldade excessiva para o exercício da função materna ou paterna (26):

- Gravidez decorrente de violência sexual;
- Não aceitação da gravidez;
- Não reconhecimento da paternidade;
- Falta dos preparativos habituais para o acolhimento do filho;
- Retardo no reconhecimento da gravidez e, em casos mais graves, do bebê;
- Dificuldades constantes ou desinteresse no acompanhamento do pré-natal;
- Não seguimento dos tratamentos ou recomendações médicas propostos;
- Referências negativas ao filho, visto como causador de dor, cansaço, abandono de metas e ideais, dificuldades financeiras ou mau relacionamento do casal;
- Intenção de deixar o bebê aos cuidados de terceiros;
- Desejo de abandono, seja pela falta de cuidados, seja para colocação para adoção;
- Tentativa de abortamento;
- Recusa em amamentar;
- Desmame precoce sem motivos aparentes;



- Cansaço e a insegurança persistentes;
- Queixas exageradas às demandas da criança e;
- Suposição injustificada de doenças.

É papel do profissional refletir em conjunto com as famílias sobre o processo educativo, contribuindo e estimulando a formação de vínculos baseados no respeito e na gentileza. Ações profissionais desenvolvidas com sensibilidade e dedicação ajudam a família a identificar esses recursos preciosos, que ela, muitas vezes, desconhece. Os profissionais de saúde no momento do atendimento às demandas da família nos serviços de saúde podem contribuir imensamente para que homens e mulheres se conscientizem da importância de ambos no cuidado de seus filhos e para que partilhem as responsabilidades como cuidadores e como provedores. Pais e/ou mães biológicos ou adotivos, afetuosos e conscientes dos seus papéis, são essenciais para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.

Espera-se dos profissionais habilidades para analisar cada caso e construir junto à família e equipe de sua unidade um projeto terapêutico para a criança e o adolescente e para o autor da agressão.

Orientações Importantes

- Enfatizar para a família a importância de valorizar a criança e o adolescente, elogiando seus pequenos progressos na evolução de habilidades e competências;
- Enriquecer os recursos de comunicação das famílias para que possam disciplinar por meio do diálogo, sem violência. É possível dizer o que não apreciam no comportamento da criança e do adolescente sem humilhar ou depreciar (24);
- Orientar as famílias sobre a importância da tolerância e da formação de vínculos protetores;
- Acompanhar e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes;
- Buscar apoio de outros profissionais, quando julgar pertinente, e articular as ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e de proteção social no território.

Estratégias desenvolvidas no espaço do território também se mostram eficientes destacando-se as voltadas para:

- A organização de redes e de mobilização da comunidade e pessoas (vizinhos, amigos outros familiares), tendo como principal meta seu fortalecimento;

- A utilização de mentores (orientadores) para as crianças e adolescentes em situação de risco;
- A promoção de atividades de recreação.

Outras ações de prevenção na comunidade implicam a atuação em parceria com outros atores da rede social de defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Um exemplo de medida preventiva desse tipo é desenvolver estratégias para a redução do acesso às drogas, ao álcool e às armas.

A presença ativa do Estado em prol da defesa e da proteção da população e o monitoramento no cumprimento de leis de proteção aos direitos da criança e do adolescente pelos órgãos responsáveis e pela sociedade civil são exemplos de ações protetoras geralmente presentes em comunidades unidas por forte “vínculo” social.

Sinais e Sintomas

A seguir são apresentadas as alterações comportamentais de crianças e adolescentes em situações de violência, e que frequentemente representam a demanda do atendimento nos serviços de saúde(3) .

- Choros sem motivo aparente;
- Irritabilidade frequente, sem causa aparente;
- Olhar indiferente e apatia;
- Tristeza constante;
- Demonstrações de desconforto no colo;
- Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites;
- Atraso no desenvolvimento;
- Perdas ou regressão de etapas atingidas;
- Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar, vômitos persistentes;
- Distúrbios de alimentação;
- Enurese e encoprese;
- Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala;
- Distúrbios do sono;
- Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento;
- Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico;
- Afecções de pele frequentes, sem causa aparente;
- Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola;
- Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade;
- Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações;
- Tiques ou manias;
- Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas;
- Baixa autoestima e autoconfiança;
- Automutilação, escoriações, desejo de morte e tentativa de suicídio;



- Problemas ou déficit de atenção;
- Sintomas de hiperatividade;
- Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes;
- Uso abusivo de drogas;
- Violência psicológica.

Entrevista/Perguntas

Acolhimento

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

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

Confidencialidade e sigilo: as informações prestadas por adolescentes e crianças durante a consulta/atendimento devem ter o sigilo garantido. A quebra do sigilo deve ser feita sempre que houver risco de morte ou

riscos relevantes, a exemplo de situações como violência sexual ou exploração sexual, risco ou tentativa de suicídio, risco ou tentativa de aborto, informações sobre homicídio, dependência de álcool e outras drogas, gravidez e outros.

Passos: Receber crianças, adolescentes e famílias de forma empática e respeitosa, por qualquer membro da equipe;

Acompanhar o caso e proceder aos encaminhamentos necessários, desde a sua entrada no setor saúde até o seguimento para a rede de cuidados e de proteção social;

Adotar atitudes positivas e de proteção à criança ou ao adolescente;

Atuar de forma conjunta com toda a equipe.

Atendimento

O atendimento dos casos de violência não deve ser uma ação solitária do profissional. É, desde o princípio, uma ação multiprofissional, no próprio serviço, e articulada com a rede de cuidado e de proteção social. A atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violências requer a sensibilização de todos os profissionais do serviço de saúde. É muito importante a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre o problema da violência, sobre as dificuldades que crianças, adolescentes e suas famílias enfrentam para compartilhar esse tipo de problema, sobre os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde em sua condição de corresponsá-

vel na garantia desses direitos. O serviço deve estabelecer um plano de atenção, em linha de cuidado, que pressupõe o correto preenchimento de um prontuário único pelos diferentes profissionais envolvidos no atendimento. Deve-se anotar sempre tudo o que for dito durante a consulta, deixando claro quando expressar uma fala da criança, do adolescente, de sua família ou de outra pessoa.

Passos:

- Tratamento e profilaxia específicos;
- Avaliação psicológica;
- Acompanhamento terapêutico, de acordo com cada caso;
- Acompanhamento pela Atenção Primária/ Equipes Saúde da Família;
- Centro de Atenção Psicossocial - CAPSi; ou pela rede de proteção; Centro de Referência de Assistência social - CRAS; Centro de Referência Especializado em Assistência Social - CREAS; escolas, Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA ou outros complementares.

9.4. Saúde do Idoso

As pessoas na terceira idade vivenciam muitas situações violentas que prejudicam sua qualidade de vida. Nas últimas décadas, o lugar e o papel dos idosos, em sua dimensão social, vem apresentando mudanças profundas e dramáticas. Há não muito tempo atrás, os idosos eram valorizados e respeitados em função da sabedoria e do conjunto de experiências que acumularam ao longo da existência. A população brasileira era mais jovem, e os mais velhos exerciam a função de conselheiros e guardiões dos mais jovens.

Atualmente, a velhice é cada vez mais desvalorizada. Vivemos o culto a juventude, a força, a beleza, o sucesso medido pelos resultados obtidos e pelos índices de produtividade. A população de idosos aumenta significativamente ano a ano. Ao mesmo tempo, observamos que vêm diminuindo a importância de seu valor social. O idoso, hoje, é percebido como alguém com uma posição social inferior, desprivilegiada, sem lugar no competitivo processo de produção econômica. Eles são frequentemente vítimas das diversas formas de violência.

Essa visão da velhice é geradora de representações sociais que a homogeneizam, podendo desenvolver atitudes discriminatórias em relação ao segmento idoso. A discriminação presente nos olhares e atitudes manifesta-se nas diversas esferas da vida social – família, trabalho, saúde – criando diferentes formas de violência em relação à pessoa idosa. Ao velho não é dada a chance de inovar, experimentar novidades, enriquecer conhecimentos, participar de seu meio, desenvolver



novas habilidades, ser diferente, como se isto não fosse próprio da velhice, como se transgredir fosse atributo exclusivo da juventude.

A população idosa é vulnerável à violência. Nas últimas décadas, o campo da saúde tem se tornado mais sensível a importância dos maus tratos e da negligência de que são vítimas as pessoas idosas. Entretanto, a maioria das pessoas desconhece a gravidade do problema no âmbito doméstico, porque consideram que é somente nas instituições que os idosos sofrem violência. A população em geral tende a negar a possibilidade de violência contra idosos em suas próprias casas.

Quando se fala em violência contra as pessoas idosas, pensa-se imediatamente na violência física, mas esta não é a única, pois há inúmeras formas de violência, veladas e mascaradas. A violência também pode manifestar-se como psicológica, econômica, moral, sexual, pode ser familiar, social, institucional, estrutural e pode resultar de atos de omissão e negligência.

Os profissionais de saúde tem uma enorme responsabilidade na prevenção, diagnóstico e tratamento da violência contra as pessoas idosas. Organizar os serviços para atenção a esse grupo etário em todos os níveis, oferecer condutas adequadas através de profissionais preparados e sensibilizados, garantir acesso e acessibilidade, tratar com respeito e dignidade, são condições necessárias para garantia do direito à saúde.

Investir na superação da violência contra o idoso é um importante ponto de partida para fortalecer os direitos dessa população. Precisamos reforçar na sociedade

a necessidade de desenvolver dinâmicas afetivas e sociais que coloquem a pessoa idosa como sujeito de experiências pessoais, buscando mecanismos de valorização de seu papel na modernidade social. O empoderamento do idoso pode ajudá-lo a lidar com a crise de seu tempo e de seu espaço existencial. O apoio dos familiares, nesta perspectiva, é muito importante e deve se dirigir para estimular a expressão das potencialidades e não do exercício do poder.

Nesse sentido, é preciso romper o véu do silêncio que cobre o assunto. Os profissionais precisam estar sensíveis à gravidade da situação para não contribuírem para a manutenção da violência. Os idosos merecem respeito e dedicação.

A violência à pessoa idosa ocorre na grande maioria dos casos no contexto familiar. Muitas vezes, em defesa do agressor (filho, filha, neto, neta...), o idoso se cala, omite. É muito difícil penetrar na intimidade da família. Se, para mulheres em situação de violência, é difícil denunciar o marido agressor, para as pessoas idosas, a dificuldade em denunciar, ou declarar que seus filhos são os agressores, é muito maior. Muitos idosos se culpam pela violência sofrida, ou, então, acham que é normal sofrer a violência.

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

Para a abordagem da violência à pessoa idosa deve-se partir de uma ética baseada no respeito e na consideração ao ser humano. A atuação profissional exige compromisso e responsabilidade, para analisar os princípios morais envolvidos e as consequências das decisões tomadas (18).

DESTAQUE

Comportamentos que podem indicar situações de maior vulnerabilidade:

Em relação ao idoso:

- Medo de um familiar ou cuidador;
- Insegurança diante das perguntas do profissional e consulta ao cuidador antes de respondê-las;
- Sentimentos de solidão ou expressões de baixa autoestima;
- Depressão, agitação ou condutas infantis;
- Falta às consultas pré-agendadas ou atraso na procura de cuidados médicos;
- Visitas frequentes ao serviço de emergência;
- Lesões múltiplas em vários estágios de evolução, inexplicáveis ou com explicações que não condizem com os ferimentos;
- Desnutrição, desidratação, úlceras de decúbito, pobre higiene; e
- Quedas repetidas.

Em relação à família ou cuidador

- Relutância em deixar o idoso a sós com o profissional de saúde;
- Insistência em responder às perguntas feitas ao idoso;
- Não consentir a visita domiciliar de um profissional de saúde;
- Controle excessivo das atividades do idoso na vida cotidiana;
- Tentativa de convencer os profissionais de que o idoso não é competente, ou está “louco”; culpar o idoso por suas incapacidades (incontinência urinária, dependências para as atividades básicas da vida diária);
- Relação conflituosa entre cuidador/familiar e idoso, com frequentes discussões, insultos, humilhações; hostilidade, raiva ou impaciência durante a consulta.
- Indiferença mútua entre cuidador/familiar e idoso;
- Agitação ou passividade do idoso na presença do cuidador/familiar.

Sinais e Sintomas

A violência contra a pessoa idosa se define como qualquer ato, único ou repetitivo, ou omissão, que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança, que cause dano ou incômodo à pessoa idosa (1).



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

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

Violência Física

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

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

Violência Psicológica

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

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

Violência Sexual

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

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

Abandono

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

- Retirar a pessoa idosa da sua casa contra sua vontade;
- Trocar seu lugar na residência privando-a do convívio com outros membros da família e das relações familiares;
- Conduzi-la a uma instituição de longa permanência contra a sua vontade, deixando a essas entidades o domínio sobre sua vida, sua vontade, sua saúde e seu direito de ir e vir.

Negligência

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

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

Violência Institucional

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

- Filas de espera para consultas e exames, marcados com intervalos de meses, quando o estado de saú-



de da pessoa idosa vai piorando e se degradando pela falta de atenção devida;

- Demora na concessão dos benefícios seja pelo des-caso e indiferença com que é tratada nos postos;
- As várias formas de negligência dos serviços pú-blicos têm por base a impessoalidade no trato na prestação de serviços.

Violência Financeira

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

- Apropriação indevida do cartão de benefício por familiares ou vizinhos da pessoa idosa que tem al-gum tipo de senilidade ou dependência, sobretudo quando ela vive sozinha.

Autonegligência

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

- Um dos primeiros sinais de autonegligência é a atitude de se isolar, de não sair de casa e de se recusar a tomar banho, de não se alimentar direito

e de não tomar os medicamentos, manifestando clara ou indiretamente a vontade de morrer;

- Frequentemente atitudes de autodestruição estão associadas a processos de desvalorização que a pessoa idosa sofre e a negligências, abandono e maus-tratos de que é vítima.

Entrevista/ Perguntas

A suspeita da existência de violência contra a pessoa idosa deve levar o profissional a estabelecer estraté-gias para romper as barreiras de comunicação.

É importante lembrar que o profissional deverá ofere-cer um ambiente seguro que possibilite a pessoa idosa expressar o que está passando. Apresentamos algumas recomendações.

Princípios Chaves

- Adaptar a linguagem ao nível cultural da pessoa idosa, de forma que seja claro e compreensível, para que ela entenda a informação relevante que se pretende transmitir e para que seja eficiente a forma de comunicação;
- Propiciar um ambiente ameno. Observar para que o lugar da entrevista ofereça as condições mínimas de segurança;

- Não julgar as opiniões, crenças ou pensamentos da pessoa idosa;
- Estabelecer uma relação empática. A pessoa idosa se sentirá mais compreendida, não sentirá criticada e poderá expressar realmente o que a preocupa. Cabe ao profissional dar o primeiro passo nesta relação.

Estratégias na Entrevista

- Manter uma postura que aproxime o profissional da pessoa idosa;
- Manter o contato visual;
- Cuidar dos outros aspectos da comunicação não verbal como, por exemplo, a expressão facial, o tom de voz, a posição física, etc.;
- Mostrar atenção, dizendo, por exemplo, “sim”, “entendo”, quando a pessoa idosa estiver relatando o fato;
- Mostrar uma atitude tranquila, tanto quando estiver perguntando (utilizando um tom de voz sereno, bem modulado, evitando parecer surpreso ou cansado) ou ouvindo as respostas, independentemente do que ela relate;
- Repetir alguma ideia expressada pela pessoa idosa, com as mesmas palavras que ela utilizou ou com suas próprias palavras, para compreender melhor e para que ela perceba o que está contando;

- Realizar uma síntese final para confirmar se a informação está correta. Formular perguntas que comecem com: “como é que...” são mais produtivas que aquelas que começam com “por que”, pois podem dar um tom acusatório e, portanto, levar a pessoa a se colocar numa situação defensiva;
- Assegurar a confidencialidade da informação;
- Validar o direito que tem a seus sentimentos, especialmente aos seus medos;
- Apresentar-se como alguém que pretende ajudar e apoiar a pessoa idosa;
- Não emitir juízo de valor sobre as pessoas e mostrar sensibilidade diante das necessidades de todos os membros da família.

Perguntas que Devem Ser Feitas

- **Perguntas gerais**

“Vive sozinho?”

“Como estão as coisas em casa?”

“Gostaria de falar alguma coisa em especial?”

“Se sente seguro onde vive?”

“Descreva um dia normal em sua vida.”



- **Perguntas específicas**

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

Violência física

“Alguém bateu ou agrediu o senhor?”

“Alguma vez o senhor ficou amarrado ou preso em sua casa?”

“Tem medo de alguém em sua casa?”

Violência psicológica

“Se sente só?”

“Alguma vez foi ameaçado com castigos?”

“Recentemente gritaram com o senhor de forma que se sentiu constrangido ou mal consigo mesmo?”

“O que acontece quando algum familiar está em desacordo com a forma que a senhora pensa sobre um determinado assunto?”

“A senhora é tratada de forma pejorativa?”

Violência sexual

“Alguma vez alguém tocou em seu corpo ou órgãos genitais sem o seu consentimento?”

“Já foi forçado a manter relações sexuais sem o seu consentimento?”

Abandono/Negligência

“Alguma vez já negaram comida ou medicação que estava necessitando?”

“O senhor tem passado necessidade de roupas, alimentação, medicamentos?”

“Fica sozinho (a) a maior parte do tempo?”

“Pode receber a visita de parentes e amigos?”

“Suas chamadas telefônicas são controladas?”

“Tem alguém em sua casa que é dependente de álcool ou droga?”

Violência institucional

Verificar se o idoso já passou pelas seguintes situações:

- Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento;
- Proibição ou obrigatoriedade de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos.

Violência financeira

“Quem administra os seus assuntos econômicos?”

“O seu dinheiro é usado por outras pessoas sem a sua permissão?”

“O (A) senhor (a) já foi obrigado (a) a assinar alguma procuração ou outro documento?”

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

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

“O (A) senhor (a) já foi obrigado (a) a fazer empréstimo financeiro para outras pessoas?”

O Que Não se Deve Fazer Durante a Entrevista:

- Sugerir resposta às perguntas que são formuladas.
- Pressionar a pessoa idosa que responda a perguntas que não quer responder.
- Julgar ou insinuar que a pessoa idosa pode ser a culpada pela situação.
- Mostrar-se horrorizado diante do relato que ela faz da situação que se encontra.
- Fazer promessas que não possam ser cumpridas.
- Criar expectativas que possam não se realizar, sobre a resolução da situação.

9.5. Consultório Na Rua

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

Essa população é extremamente vulnerável aos diferentes tipos de violência. Pessoas em situação de rua são vítimas de discriminações ao serem impedidos de entrar em locais como transporte coletivo, lanchonetes e restaurantes, estabelecimentos de saúde, órgãos públicos, etc. Seu direito à atenção integral à saúde é prejudicado. Muitas vezes, fica restrito ao atendimento nas emergências.

Quanto às ações que competem à Atenção Primária, foram implantadas 18 equipes de Consultório na Rua (CnaR) estrategicamente distribuídas em locais de maior concentração das pessoas em situação de rua, que de acordo com o último Censo da População em Situação de rua, realizado em 2015 pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) / Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), aponta 15.905 pessoas em situação de rua no MSP.

Os CnaR são constituídos por equipes multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua “*in locu*” e são vinculadas à UBS de referência no território.

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

As categorias profissionais que compõem as equipes são: médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, agente social, auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS).

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

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

Nesse sentido, vale investir na sensibilização dos profissionais das equipes CnaR para as questões da violência, sendo que as capacitações podem ajudar no esclarecimento sobre a importância da notificação e da vigilância em saúde e no desenvolvimento de ações de cuidado voltadas para o enfrentamento deste agravado.

DESTAQUE

Além da discriminação e marginalização, a pessoa em situação de rua é exposta a todas as modalidades de violência em função de sua vulnerabilidade social.

O uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas facilita o desencadeamento de conflito e de violências de todo esse segmento.

Algumas barreiras para assistência:

- Os hospitais exigem acompanhantes para a pessoa em situação de rua ser atendida;
- As UBS, em geral, têm dificuldade em adscrever moradores em situação de rua;
- O SAMU, por considerar um problema social, muitas vezes tem dificuldade em atender pacientes que julgam estar em situação de rua;
- Os horários de consultas às vezes são incompatíveis com o horário de sobrevivência na rua;
- Há dificuldade no acesso a leitos de urgência;
- Há número insuficiente de locais adequados para o restabelecimento da alta hospitalar.

9.6. Saúde da População LGBT

O conservadorismo, a moralidade, o preconceito, a discriminação e tantos outros aspectos presentes na sociedade geram reações discriminatórias em função da orientação sexual e expressão da identidade de gênero que se manifesta através da exclusão social e do preconceito homotransfóbico. Os processos discriminatórios que a população LGBT vivencia são diversos e envolvem uma série de abusos, agressões sexuais, estupros, tortura e homicídios, ódio, entre outros.

A violência está 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. Neste sentido podemos dizer que no Brasil a homofobia é estrutural, operando de forma a desumanizar as expressões de sexualidade divergentes da heterossexual, denunciando que a sociedade brasileira é extremamente sexista, machista e misógina. Os números mostram que a maioria dos agressores como do sexo masculino. Podemos dizer que a masculinidade construída socialmente sente-se ameaçada por outras vivências da sexualidade. O quanto tudo o que foge da heteronormatividade é visto como doentio criminoso ou que necessita de “correção”.

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.

No âmbito da saúde também encontramos uma série de obstáculos em relação ao processo e cuidado desta população. Os inúmeros processos de violação de direitos humanos relacionada à orientação sexual e identidade de gênero em função de estigmas e processos discriminatórios com a população LGBT estão associados à presença de agravante inexistência de dados que revelam a desigualdade de acesso aos serviços de saúde.

Apesar de todos estes desafios, a sociedade moderna tem que lidar, cada vez mais, com as diversidades. Este fator, uma característica marcante na população LGBT, evoca-nos a dar respostas a situações diversas e singulares. Desta forma entende-se a Atenção à Saúde Integral da População LGBT como uma agenda de alta relevância, que deve ser “cuidada” de forma transversal em todo SUS, exigindo dos profissionais da saúde um repensar sobre suas ações, uma postura profissional de acolhimento humanizado desde a porta de entrada na unidade de saúde como em todos os níveis de atenção.

Na área da saúde vivenciam-se várias dificuldades:

- Controvérsias quanto ao uso do nome social;
- Resistências explícitas e implícitas por parte de equipes de saúde com posturas discriminatórias;
- As pessoas não sabem lidar com as questões relacionadas à sexualidade;
- Invisibilidade das pessoas que atendem esse segmento;

- Falta de atenção, em especial, à saúde mental da população LGBT, principalmente aos travestis e transexuais, podendo gerar alto índice de suicídio desta população;
- Maior prevalência de câncer de mama entre mulheres homossexuais;
- Baixa frequência de exames preventivos de ginecologia;
- Falta de acesso às próteses mamárias;
- Falta de acesso ao processo transexualizador.

Abaixo destacamos algumas ações da saúde no âmbito municipal:

- Realizar cursos de educação permanente, formação e capacitação dos profissionais de saúde;
- Notificar as violências homofóbicas;
- Promover ações de vigilância em saúde;
- Elaborar e produzir cartilhas educativas;
- Garantir o uso do nome social;
- Ofertar atenção especializada (saúde mental; DST/Aids; usuários de drogas psicoativas; bucal; colocação de próteses; hormonioterapia; fonoaudiologia; mastectomia; etc.).

DESTAQUE

- Em 2011 de janeiro a dezembro foram denunciadas no país 6.809 violações contra a população LGBT, com 1.713 vítimas. Em São Paulo neste mesmo ano, foram registradas 1.022 violações.
- Está sendo implantado na UBS Santa Cecília, CRS Centro, a hormonioterapia para travestis e transgêneros.

9.7. Saúde da População Negra

A população negra brasileira ainda enfrenta um abismo de desigualdades. São os negros as maiores vítimas da violência. Eles que sofrem mais com a pobreza, têm pouca representatividade nas esferas políticas e a renda média muito menor que a população não negra. Excluídos da mobilidade social e, com dificuldade de acesso aos estudos e aos serviços de saúde, à justiça e a mecanismos de solução de conflitos, persistem na transmissão geracional como legado da escravidão e suas consequências, entre elas o racismo.

O racismo é um dos fatores de produção de vulnerabilidade, ou seja, expõe as pessoas sujeitas a ele, a maior probabilidade de vitimização, violência.

Com a abolição da escravatura, os negros foram lançados a sua própria sorte e na nossa história nunca houve nenhuma implementação de políticas inclusivas e de reparação no sentido de sanar ou pelo minimizar as perdas que

este segmento populacional teve por ter sido escravizado. O negro é duplamente discriminado no Brasil, por sua situação socioeconômica e pela cor da sua pele.

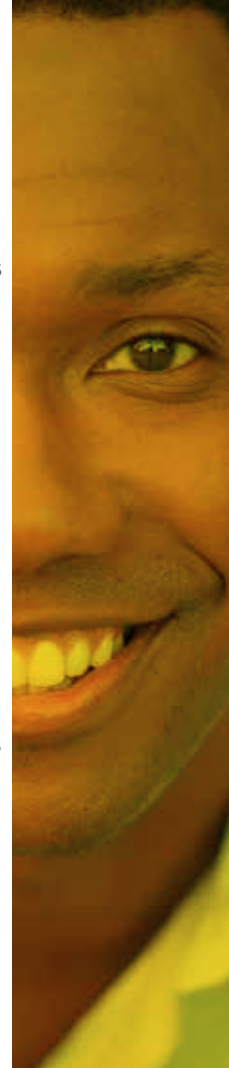
O racismo no Brasil está associado à escravidão. Após a abolição o racismo se estrutura como discurso, baseado nas teorias de inferioridade biológica dos negros, criando estereótipos negativos, que até hoje afetam a sua autoestima. Desde então as teorias racistas se difundem largamente pela sociedade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

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

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

A discriminação no sistema de saúde é mais sentida por negros do que por brancos, é o que mostra a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de caráter racial realizada em 2015. O sentimento de discriminação nos atendimentos é maior entre os pretos (11,9%) e pardos (11,4%) do que entre os brancos (9,5%). Menos pretos e pardos saem com avaliação “boa” ou “muito boa” do atendimento, 70,6% e 69,4%, em relação aos brancos, 73,5%. Os negros têm desvantagens em todos os quesitos pesquisados pela PNS: consultam menos médicos e dentistas, têm menos acesso a remédios receitados no atendimento, têm menos plano de saúde, usam menos escova, pasta e fio dental (49).

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



DESTAQUE

Exemplos de casos de violência na população negra:

Violência obstétrica

As mulheres sofrem violência obstétrica (tanto no parto, quanto na situação de abortamento). As parturientes não estão salvas de serem submetidas à violência do serviço, por conta disso, porque na verdade o grande problema é o SER mulher, negra, jovem de periferia - estas categorias sociais/identitárias definem ou ajudam muito a decisão do profissional como serão tratadas as pessoas nos serviços de saúde. A violência institucional, e neste caso específico de violência obstétrica, prejudica o acesso das mulheres aos serviços de saúde que pode levar a morbimortalidade materna. O espaço do cuidado e da assistência à saúde, assim como os seus profissionais, deveria garantir minimamente que as mulheres tivessem o seu risco de adoecer e morrer reduzidos, no entanto uma estrutura de sociedade opressora, desigual e preconceituosa coloca a vida das mulheres em risco a cada momento que elas entram nos serviços de saúde.

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

Violência contra a Juventude Negra

Para além dos fatores socioeconômicos e raciais, a questão geracional tem um grande peso na vulnerabilidade dos jovens negros. Em 2010, morreram no Brasil 49.932 pessoas vítimas de homicídio, ou seja, 26,2 a cada 100 mil habitantes, 70,6% das vítimas eram negras. Destes óbitos, 26.854 era de jovens entre 15 e 29 que foram vítimas de homicídio, ou seja, 53,5% do total; 74,6% dos jovens assassinados eram negros e 91,3% das vítimas de homicídio eram do sexo masculino. Entre 2000 e 2009, diferença entre jovens brancos e negros salta de 4.807 para 12.190 homicídios segundo os dados do DATASUS/Ministério da Saúde e do Mapa da Violência 2011 (50).

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

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

Recomendações

Combate ao Racismo Institucional por meio dos NPV:

- Incluem nas discussões temas relacionados ao racismo junto às equipes das unidades e aos grupos já constituídos nos serviços (Pré-Natal, Idosos, hipertensão, entre outros); nas reuniões com os conselheiros de saúde e com a população;
- Fiquem atentos aos casos onde problemas sejam causados por racismo, discriminação;
- Divulguem entre a equipe, trabalhadores da unidade, conselheiros e população, informações sobre as disposições legais que tipificam o racismo como crime inafiançável e imprescritível, as legislações específicas;
- Ampliem as discussões com as escolas e outros equipamentos existentes no território fortalecendo a parceria;
- Fomentem alianças, contribuam para ampliar a mobilização, participação e controle social (Conselheiros Gestores).

Quesito Raça/Cor:

- Criar e preencher o campo sobre a raça/cor nos formulários utilizados pelas equipes do NPV;
- Colaborar, quando possível, na sensibilização dos trabalhadores das unidades, sobre a importância da coleta da informação sobre a raça/cor;

- Utilizar em pesquisas e análises realizadas pelos Núcleos a desagregação dos dados por raça/cor.

Educação Permanente:

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

Atividades Intersetoriais:

- Articular com os equipamentos disponíveis no território, como: Escolas, Assistência Social, Associações de Moradores, Associações Recreativas, Instituições Religiosas, Grupo de Mulheres e outras, a adoção de medidas de combate ao racismo;
- Atuar junto à população e trabalhadores da saúde, na construção de mecanismos para o enfrentamento ao racismo e ao racismo institucional.

9.8. Saúde da População Indígena

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.

São Paulo encontra-se entre os cinco municípios que possui mais de 10 mil indígenas entre sua população. São três aldeias, sendo elas: Tenonde Porã, Krucutu e Jaraguá. 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 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 SMS, atenta às necessidades de saúde da população indígena, criou uma área técnica - Área Técnica de Saúde da População Indígena. Esta tem como objetivo elaborar políticas de saúde delimitadas para a atenção integral à saúde da população indígena do MSP. 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 traçando metas e buscando um novo olhar do SUS sobre as questões étnico-culturais na saúde.

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

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

DESTAQUE

Em relação à população indígena, vale alguns destaques:

Sexualidade

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

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

Alcoolismo

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

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

Suicídio

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

9.9. Saúde do Trabalhador

No mundo do trabalho, os trabalhadores são o elo mais fraco e onde a corrente sempre tende a arrebentar. A violência foi desde sempre o recurso mais utilizado para coagir o ser humano a ceder sua mão de obra a baixo custo por mais tempo possível e com a maior expropriação possível das forças do trabalhador.

A escravidão é a forma de expropriação mais clássica utilizada no passado da civilização agrícola e urbana no mundo e mais recentemente nas Américas, que permanece ainda hoje, sob disfarces, neste Estado e no MSP, por meio da coerção por dívidas adquiridas pelos trabalhadores para seus transportes e migrações, ou ainda

pelas ameaças deportação dos imigrantes ilegais. Outras formas foram se desenvolvendo com o tempo, para garantir a venda aviltante da força de trabalho. A servidão e os vínculos de proteção político administrativos aparecem bem menos hoje, porém os assédios morais e sexuais, a distribuição de prêmios por produtividades incompatíveis com a sobrevivência por muito tempo e diversas formas de chantagens continuam. Estas formas, junto com pressões da atual organização social e seus valores (especialmente via mídia), se somam às condições desumanas de trabalho reduzindo a sobrevivência do trabalhador ou sua qualidade de vida, quando acarretam “acidentes” perfeitamente previsíveis e doenças relacionadas ao trabalho facilmente evitáveis.

Estes acidentes e doenças são, em sua maioria, desconhecidos ainda hoje. Os diagnósticos, quando feitos, quase nunca são relacionados às condições de trabalho, pois a esta relação não é passada aos alunos nos cursos de formação da área da saúde e a ideologia dominante nas organizações do setor não contribuem para que este nexos seja feito. No sentido de impulsionar a consciência de que o trabalho causa agravos à saúde e ajudar a organização da assistência e a obtenção de dados mais fidedignos sobre os agravos relacionados ao trabalho, o SUS nacional, em cumprimento à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (51), tem implantado os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), bem como diretrizes e ações de vigilância para todo o sistema de atenção à saúde, do SUS ou privado.

DESTAQUE

Quanto às notificações:

- Entendemos que as violências interpessoais claras e diretas ao trabalhador ocorridas durante o trabalho ou em seu trajeto, devem ser notificadas na FIE de Violência do SINAN e registrado o local como sendo ambiente de trabalho, mesmo se este ambiente for escola, instituição educacional ou serviço de saúde para que fique clara a relação com o trabalho nesta ficha que será posteriormente investigada e computada como violência relacionada ao trabalho. Devem sempre ser anotadas no campo em aberto o empregador e seu endereço.
- Os acidentes de trabalho, os acidentes com material biológico e as intoxicações relacionadas ao trabalho, apesar de serem também tipos de violência, devem ser notificados na Ficha de Investigação Epidemiológica - FIE de Acidente de Trabalho, na FIE de Acidente com Exposição a Material Biológico e na Ficha de Intoxicações Exógenas – FIIE (as suspeitas de intoxicação também serão notificadas nesta ficha), respectivamente.
- O Assédio Moral deve ser notificado na FIE de Suspeita de DRT para que se possa propiciar a investigação do caso nos ambientes de trabalho, bem como o rastreamento e acompanhamento dos casos que podem se tornar casos de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.

- Na suspeita de quaisquer Doenças Relacionadas ao Trabalho, que também podem ser consideradas como conseqüentes à violência, devem ser notificadas na FIE de Suspeita de DRT.

Nos casos confirmados das seis doenças prioritárias nacionais as notificações devem ser realizadas na FIE da doença específica do SINAN quais sejam: Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), Pneumoconioses, Dermatoses Ocupacionais, Câncer Relacionado ao Trabalho e Lesões por Esforços Repetitivos / Doença Osteomuscular Relacionada ao trabalho (LER / DORT). As notificações de quaisquer Transtornos Mentais, que são intensamente relacionados à violência e ao assédio, quando já diagnosticados e relacionados ao trabalho, devem ser feitas na FIE de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho e, na suspeita, como já colocado, devem ser notificadas na FIE de Suspeita de DRT.

9.10. Programa Ambientes Verdes e Saudáveis

O Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS) está inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica, com a percepção de estimular novos valores e práticas de saúde nas ações de Promoção da Saúde, pautadas na concepção de espaços saudáveis e sustentáveis, para a melhoria da qualidade de vida da população. Tem como diretriz o desenvolvimento de políticas públicas integradas onde se busca compatibilizar desenvolvimento urbano e humano com preservação e proteção ambiental, favorecendo o desen-

volvimento de uma nova cultura, que se expressa em valores e práticas de responsabilidade cidadã em torno da defesa da vida e da proteção ambiental nas esferas individual e coletiva.

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

O PAVS (52) faz gestão de projetos socioambientais nas Unidades de Saúde, tendo como pressupostos a contextualização da realidade local sob a perspectiva de uma visão sistêmica do mundo, interdependência dos seres e a construção coletiva e integrada dos conhecimentos, saberes e práticas dos diferentes atores envolvidos.

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

A maneira mais objetiva de conseguirmos fazer com que as pessoas se comprometam com uma cidade mais



sustentável é levar até elas os conceitos e práticas da educação para sustentabilidade e da cultura de paz, entendida como “um conjunto de valores, atitudes, modos de comportamento e de vida que rejeitam a violência, e que apostam no diálogo e na negociação para prevenir e solucionar conflitos, agindo sobre suas causas” (53).

Esta Cultura de Paz está relacionada à resolução não violenta de conflitos e se fundamenta nos princípios de preservação do planeta, tolerância, solidariedade, generosidade, escuta, rejeição a violência, respeito à vida, aos direitos individuais e ao pluralismo. Esses princípios refletem-se no Manifesto 2000¹³ por uma cultura de paz e não violência.

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

9.11. Práticas Integrativas em Saúde: Composições para Cultura de Paz

Frente à explosão da hiperespecialização da ciência médica moderna, cabe ao campo da saúde pública relocalizar a questão do saber, ou seja, como definir o ser humano, e como desvendar as especificidades do campo sociocultural. Um dos caminhos para buscar essa resposta no campo da saúde pública seria promover a ruptura das barreiras que hoje dificultam a comunicação e o entendimento entre distintas racionalidades médicas, especialmente entre as visões da medicina ocidental e a oriental, no sentido de construir um paradigma integrador mais vasto e mais geral, visando à apreensão do conceito de homem contemporâneo e global (54). O desenvolvimento de uma teoria geral mais abrangente e sólida somente é possível em processo de permanente diálogo entre pensamento e ação.

Graças à crise no seio da ciência e da sociedade, e graças à emergência das medicinas tradicionais e práticas integrativas em nosso meio, a situação está começando a mudar. É interessante realçar que uma das situações que caracteriza a complexidade dos problemas sociais, em especial no campo da saúde pública, é o enfoque interdisciplinar de que estão sendo alvo as pesquisas científicas e tecnológicas em todo o mundo (55).

¹³ Disponível em <http://www3.unesco.org/manifesto2000>.

Todas as áreas da saúde têm merecido aprofundamento de estudos e busca continuada de transferência de tecnologias, de incremento ao processo educativo visando à aquisição de novos hábitos por parte da população, no sentido de que possam alcançar um mínimo de soluções para as contradições que estruturam e garantem a complexidade investigada. Esse padrão de pesquisa, de caráter interdisciplinar, vem ganhando espaço no campo da saúde pública. O processo pode levar a uma “medicina plural”, mais apta a responder aos desafios da complexidade e à riqueza antropológica da medicina, apesar de nossas próprias visões, e de nossas próprias representações, que ainda resistem como forma de obstáculos à comunicação entre as distintas correntes de pensamento.

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

- Promovem o acolhimento e a humanização dos serviços;
- Buscam o despertar da consciência com pensamentos, palavras e atitudes que fortalecem a paz interior e a serenidade;
- Promovem espaços de discussão, e fomento ao combate às iniquidades em saúde nos níveis loco regionais;

- Ampliam o acesso aos serviços de saúde em articulação com os gestores;
- Contribuem para a organização de estratégias de combate às questões de violência;
- Apresentam um modo de compreender e intervir em saúde visando à produção do cuidado com o outro;
- Ampliam a autonomia do indivíduo sobre escolhas de modos de vida mais saudáveis;
- Intervêm na dimensão da saúde e dão potência à vida, procurando trazer mais alegria no seu viver.

As modalidades das práticas integrativas e complementares em saúde mais difundidas (56), e que estão presentes em mais de 500 unidades da rede municipal da saúde são: Lian Gong, Taichi Pai Lin, Xiang Gong, Dança Circular, Meditação, e a caminhada com grupos populacionais.



10. COMPETÊNCIAS

10.1. Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência

- Favorecer a organização de uma Rede de Cuidados envolvendo todos os equipamentos de saúde disponíveis no MSP;
- Apoiar tecnicamente os interlocutores das CRS e das STS, visando o fortalecimento da atuação dos NPV nos estabelecimentos de saúde;
- 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;
- Organizar ações para reduzir a morbimortalidade causada pelas múltiplas expressões da violência no MSP;
- Buscar a integração e o fortalecimento da rede de proteção social às pessoas em situação de violência no MSP;
- Mapear permanentemente a situação de violência na Cidade, objetivando a construção de ações para assistência às pessoas em situação de violência;
- Contribuir para a consolidação e fortalecimento

das notificações dos casos de violência no SINAN;

- Propor a realização de ações transversais entre as diferentes Áreas Técnicas bem como com os distintos níveis de atenção da SMS;
- Estimular a promoção à saúde e prevenção da violência, por meio de ações nos territórios;
- Estabelecer um cronograma anual de trabalhos junto às CRS;
- 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;
- Consolidar dados e indicadores previamente selecionados, monitorar e avaliar os resultados alcançados.

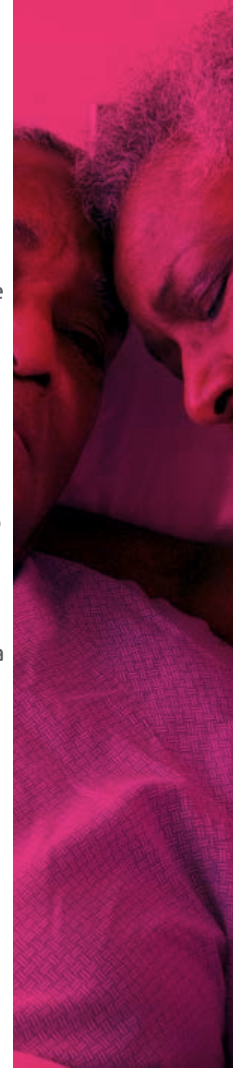
10.2. Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)

- Favorecer e estimular a organização de uma Rede de Cuidados envolvendo todos os equipamentos de saúde e outros recursos disponíveis por área de abrangência;
- Apoiar tecnicamente aos interlocutores das STS, visando o fortalecimento da atuação dos NPV nos estabelecimentos;
- Sensibilizar e capacitar os profissionais da saúde para realizar o atendimento e notificação dos casos de violência;

- Divulgar e estimular trabalho em conjunto com as diferentes Áreas Técnicas e distintos níveis de atenção a nível local,
- Fortalecer regionalmente, os espaços de discussão de casos para estabelecer projetos de ação coletiva, contribuindo para o desenvolvimento de tecnologias voltadas à prevenção da violência e construção de uma cultura da paz;
- Estimular a promoção à saúde e prevenção da violência, por meio de ações nos territórios;
- Organizar atividades no âmbito técnico-educativo: seminários, oficinas e mostras relacionadas à prevenção da violência e promoção da cultura de paz;
- Manter atualizado um mapeamento permanente da situação de violência de sua região, por meio da produção e uso da informação do trabalho integrado entre assistência e vigilância;
- Consolidar dados e indicadores previamente selecionados, monitorar e avaliar os resultados alcançados.

10.3. Supervisão Técnica de Saúde (STS)

- Apoiar os técnicos dos Núcleos de Prevenção de Violência, visando o fortalecimento da atuação dessa equipe nos estabelecimentos de Saúde;
- Facilitar a articulação entre os diversos serviços na região a fim de promover a integralidade do cuidado, através de projetos terapêuticos singulares compartilhados;
- Divulgar e estimular trabalho em conjunto com as diferentes Áreas Técnicas e distintos níveis de atenção ao nível local;
- Garantir os espaços para capacitação e o aprofundamento do tema e das metodologias de intervenção voltadas à prevenção da violência e construção de uma cultura da paz;
- Organizar espaços que contribuam para fortalecer as redes intersetoriais locais (governamentais e não governamentais) para a prevenção da violência e promoção da cultura de paz;
- Integrar os trabalhos entre a Assistência e a Vigilância à Saúde, e atualizar as informações, de forma a ter um mapeamento permanente da situação de violência de sua região;
- Consolidar e avaliar os dados para construção de ações de prevenção e assistência às pessoas em situação ou risco de violência.



10.4. DANT/CCD/COVISA

- Organizar a vigilância das violências, no âmbito da SMS do MSP;
- Acompanhar e organizar o processo de notificação de violência, no MSP, por meio da interlocução regional e local de vigilância de violências;
- Implementar e monitorar o Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação SINAN-Violência na Rede de Atenção à Saúde do MSP, junto com a Gerência de Informação da COVISA;
- Estabelecer fluxos entre os serviços para organizar a vigilância das violências.
- Monitorar as situações de violência, por meio da interlocução regional e local de Vigilância;
- Consolidar e analisar a informação Municipal;
- Produzir diagnósticos, utilizando os Sistemas de Informação de Saúde e de outros setores;
- Divulgar Informações periodicamente em boletim analítico;
- Apoiar, fomentar e organizar fóruns para o enfrentamento da violência;
- Apoiar a Rede de Vigilância e de Assistência, na organização e coordenação de capacitações de profissionais das STS, SUVIS, serviços de saúde, população, Conselhos Gestores, Conselho Municipal de Saúde e de outros conselhos;
- Formular e pactuar indicadores junto aos Interlocutores de Vigilância e da Assistência à Saúde;
- Avaliar os processos da vigilância de violência, utilizando indicadores pactuados;
- Apoiar e participar ativamente dos processos de gestão;
- Produzir material de apoio para os profissionais da rede;
- Produzir peças de comunicação;
- Acompanhar as SUVIS e os serviços de saúde em ações planejadas nos territórios;
- Realizar articulação municipal e apoiar as SUVIS regionais na articulação com outros setores;
- Realizar articulação com outras áreas de SMS e de outros setores;
- Elaborar e desenvolver projetos de intervenção e de pesquisa intra e intersetoriais;
- Participar da organização das Redes de Atenção e Linhas de Cuidado de SMS;
- Organizar instrumentos, informes e orientações para a Rede de Atenção;
- Colaborar na organização de Portarias da COVISA e da SMS;
- Realizar pareceres técnicos sobre instrumentos e legislações da área;

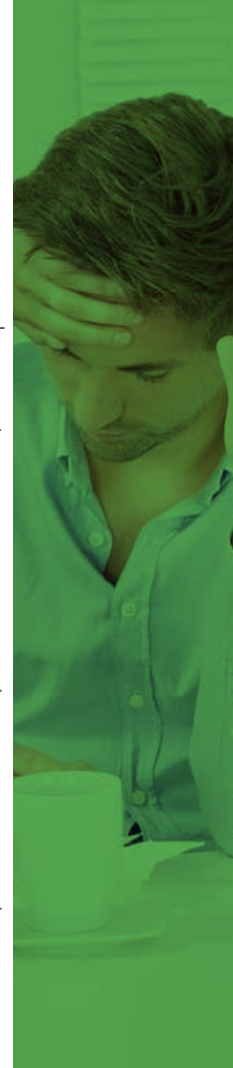
10.4.1 Supervisão de Vigilância em Saúde da Coordenadoria Regional De Saúde (SUVIS/CRS)

- Organizar a vigilância das violências nos territórios das CRS, por meio da interlocução de Vigilância de DANT/ Violências;
- Acompanhar e organizar o processo de notificação de violência junto das SUVIS locais;
- Implantar, implementar e monitorar o Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação SINAN-Violência na Rede de Atenção das CRS;
- Estabelecer fluxos entre os serviços para organizar a vigilância das violências;
- Monitorar as situações de violência, na área da CRS;
- Consolidar, analisar a informação e produzir diagnósticos de território, utilizando os Sistemas de Informação de Saúde e de outros setores;
- Divulgar Informações periodicamente;
- Apoiar, fomentar e organizar fóruns para o enfrentamento da violência nos territórios;
- Apoiar a Rede de Vigilância e de Assistência, na organização e coordenação de capacitações de profissionais das Supervisões Técnicas, SUVIS, serviços de saúde, população e Conselhos Gestores;
- Avaliar os processos da vigilância de violência, utilizando indicadores pactuados;

- Apoiar e participar ativamente dos processos de gestão regional;
- Acompanhar as SUVIS locais e os serviços de saúde em ações planejadas nos territórios;
- Realizar articulação regional no seu território, com outras SUVIS e outros setores;
- Elaborar e desenvolver projetos regionais e municipais junto com a equipe de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT;
- Participar da elaboração de projetos e da organização das Redes de Atenção e Linhas de Cuidado de SMS, junto com a equipe de DANT.

10.4.2. Supervisão de Vigilância em Saúde da Supervisão Técnica de Saúde (SUVIS/STS)

- Organizar a vigilância das violências nos territórios por meio da Interlocução de Vigilância DANT/ Violências;
- Organizar o processo de notificação de violência;
- Implantar, implementar e monitorar o Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação SINAN-Violência na Rede de Atenção;
- Estabelecer fluxos entre os serviços para organizar as vigilâncias de violências;
- Monitorar as situações de violência;



- Consolidar, analisar a informação e produzir diagnósticos de território, utilizando os Sistemas de Informação de Saúde e de outros setores;
- Divulgar Informações periodicamente;
- Apoiar, fomentar e organizar fóruns para o enfrentamento da violência nos territórios;
- Apoiar a Rede de Vigilância e de Assistência, na organização, coordenação e participação de capacitações de profissionais, população e Conselhos Gestores;
- Avaliar os processos da vigilância de violência, utilizando indicadores pactuados;
- Apoiar e participar ativamente dos processos de gestão local;
- Acompanhar os serviços de saúde em ações planejadas no território;
- Realizar articulação regional no seu território, com outras SUVIS e outros setores;
- Elaborar e desenvolver projetos regionais, junto com a SUVIS regional.
- O atendimento às pessoas em situação de violência é de responsabilidade de todos os profissionais das Unidades de Saúde, não se restringindo aos profissionais do NPV;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- Caso haja necessidade de encaminhamentos para outros serviços, a UBS deve enviar e-mail institucional com relatório técnico sobre o caso destinado ao NPV daqueles serviços. Paralelamente elaborar um plano inicial de cuidados na UBS;
- Nessas situações, executar gerenciamento compartilhado do cuidado, realizando a elaboração do PTS do caso. A UBS deve manter um profissional de referência para o caso, o qual deve acompanhá-lo até o término do processo;
- Utilizar as tecnologias e os dispositivos relacionados à Cultura de Paz e Não violência como estratégia para os atendimentos às pessoas em situação de violência, bem como para as ações desenvolvidas na comunidade;
- Favorecer na área de abrangência das unidades de atendimento a criação de espaços para diálogos intersetoriais, intersecretariais e institucionais;
- Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de violência em local de fácil visibilidade na Unidade;

10.5. Unidades Básicas de Saúde (UBS)

- Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante, sendo esta equipe responsável pela articulação do cuidado, além de facilitar a organização do processo e das informações em relação às questões de violência;

- Desenvolver grupos educativos voltados especificamente ao tema, e introduzir a temática da violência e Cultura da Paz nos grupos já existentes na Unidade;
- As unidades com ESF terão apenas um Núcleo de Prevenção de Violência composto por diferentes profissionais, os quais têm as atribuições de articular e organizar o tema no serviço. Contudo, cada equipe da ESF deve ser responsável pelo acolhimento, atendimento e acompanhamento dos casos das pessoas em situação de violência, em ação integrada com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Da mesma forma, devem ocorrer com as equipes de Atenção à Saúde Indígena, equipes de Atenção à População de Rua e equipes do Programa Acompanhante de Idosos (PAI).

Nos casos de violência sexual cabe a UBS realizar:

- Notificação imediata no SINAN;
- Contracepção de emergência;
- Profilaxia DST;
- Testagem (sorologia ou teste rápido);
- Vacinas hepatite;
- Todas as violências sexuais devem ser encaminhadas para as unidades de RME DST/AIDS ou hospitais para profilaxia de HIV, devendo a UBS continuar acompanhando, sendo o serviço de referência do usuário no território.

Nos casos de tentativa ou ideação suicida cabe a UBS realizar:

- Notificação imediata no SINAN;
- Dar início imediato ao tratamento através de consultas e procedimentos necessários;
- Encaminhar para o CAPS quando necessário para realizar atendimento compartilhado;
- Encaminhar para os serviços de urgência e emergência quando necessário, devendo a UBS continuar acompanhando, sendo o serviço de referência do usuário no território.

10.6. Assistência Médico Ambulatorial (AMA)

Manter o NPV operante para facilitar a organização dos processos e das informações em relação às questões de violência;

- O atendimento às pessoas em situação de violência é de responsabilidade de todos os profissionais da AMA, não se restringindo aos profissionais do NPV;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;



- Acionar a rede de cuidados e proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade e complexidade dos casos;
- Encaminhar a UBS de referência e-mail institucional com relatório técnico sobre o caso destinado ao NPV;
- Informar ao usuário que este relatório será encaminhado e orientá-lo a procurar a UBS de sua referência;
- Quando pertinente, participar da elaboração do PTS do caso em conjunto com a Unidade de Saúde;
- Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de violência em local de fácil visibilidade.

10.7. Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO)

- Manter o NPV operante para facilitar a organização dos processos e das informações em relação às questões de violência;
- O atendimento às pessoas em situação de violência é de responsabilidade de todos os profissionais do CECCO, não se restringindo aos profissionais do NPV;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- Acionar a rede de cuidados e proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade e complexidade dos casos;
- Encaminhar a UBS de referência e-mail institucional com relatório técnico sobre o caso destinado ao NPV;
- Informar ao usuário que este relatório será encaminhado e orientá-lo a procurar a UBS de sua referência;
- Quando pertinente, participar da elaboração do PTS do caso em conjunto com a Unidade de Saúde;
- Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de violência em local de fácil visibilidade;
- Desenvolver grupos educativos voltados especificamente ao tema, e introduzir a temática da violência e Cultura da Paz nos grupos já existentes;
- Desenvolver atividades planejadas para a construção de vínculos e relações de confiança com a comunidade local, visando estimular ações de inclusão socioambientais, humanas, culturais e cidadania;
- Estimular estratégias e ações que permitam a inserção dos frequentadores no mercado de trabalho;
- Prestar apoio, informação e capacitação multidisciplinares aos usuários das comunidades em situação de vulnerabilidade social e de saúde, com ações que promovam habilidades e competências garantido um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, bem comum, equidade, democracia, participação, parceria, desenvolvimento social, justiça social, revalorização ética, essenciais para o pleno desenvolvimento da cidadania.

10.8. Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI)

- Nas URSI com prédio próprio manter o NPV operante, sendo esta equipe responsável pela articulação do cuidado além de facilitar a organização do processo e das informações em relação às questões de violência;
- Nas URSI que estão instaladas em UBS, deve haver a representação de profissional deste serviço no NPV da Unidade.
- A identificação, acolhimento e encaminhamentos necessários às pessoas em situação de violência são de responsabilidade de todos os profissionais das URSI;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- Acionar a rede de cuidados e proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade e complexidade dos casos;
- Encaminhar à UBS de referência e-mail institucional com relatórios técnicos destinados ao NPV (relatório inicial, relatório de acompanhamento e relatório de alta) sobre o caso;
- Informar ao usuário que este relatório será encaminhado e orientá-lo a procurar a UBS de sua referência;
- Executar gerenciamento compartilhado, realizando a elaboração do PTS do caso com a UBS;

- Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de violência em local de fácil visibilidade;
- Desenvolver grupos educativos voltados especificamente ao tema, e introduzir a temática da violência e não violência nos grupos já existentes;
- Realizar ações de matriciamento e discussão de casos que fazem parte do cotidiano da atenção das URSI com as equipes das UBS e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) para questões de violências relacionadas ao idoso.

10.9. Rede de Atenção Especializada Ambulatorial (RAEA)

A Rede de Atenção Especializada Ambulatorial (RAEA) atual é composta pelos seguintes serviços:

1. Hospital Dia da Rede Hora Certa
2. Ambulatórios de Especialidades (AE)
3. Atenção Médica Ambulatorial Especializada (AMA-E)

Estes equipamentos devem:

- Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante para facilitar a organização dos processos e das informações em relação às questões de violência;



- A identificação, acolhimento e encaminhamentos necessários às pessoas em situação de violência são de responsabilidade de todos os profissionais do serviço;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- Acionar a rede de cuidados e proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade e complexidade dos casos;
- Encaminhar a UBS de referência e-mail institucional com relatório técnico sobre o caso destinado ao NPV;
- Informar ao usuário que este relatório será encaminhado e orientá-lo a procurar a UBS de sua referência;
- Quando pertinente, participar da elaboração do PTS do caso em conjunto com a Unidade de Saúde;
- Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de violência em local de fácil visibilidade;

10.10. Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) / Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA) / Centro Especializado em Reabilitação (CER)

- Nos serviços de reabilitação com prédio próprio manter o NPV operante, sendo esta equipe responsável pela articulação do cuidado além de facilitar a organização do processo e das informações em relação às questões de violência;
- Nos serviços de reabilitação que estão instalados em UBS deve haver a representação de profissional deste serviço no NPV da Unidade.
- A identificação, acolhimento e encaminhamentos necessários às pessoas em situação de violência são de responsabilidade de todos os profissionais do NIR/NISA/CER;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- Acionar a rede de cuidados e proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade e complexidade dos casos;
- Encaminhar a UBS de referência e-mail institucional com relatório técnico sobre o caso destinado ao NPV;
- Informar ao usuário que este relatório será encaminhado e orientá-lo a procurar a UBS de sua referência;

- Quando pertinente, participar da elaboração do PTS do caso em conjunto com a Unidade de Saúde;
- Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de violência em local de fácil visibilidade;
- Nos serviços com Programa Acompanhante Comunitário de Saúde da Pessoa com Deficiência (APD) deve haver a representação de profissional desta equipe no NPV do serviço de reabilitação.

10.11 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Conforme a portaria de nº 3088, do Ministério da Saúde que institui a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS passam a integrar essa rede de cuidados em saúde mental que tem por objetivo: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento contínuo e da atenção às urgências.

Os Centros de Atenção Psicossocial devem:

- Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante como estratégia de enfrentamento à violência contra a pessoa, nas suas várias formas

de manifestação, cuidado à vítima e possíveis cuidados aos autores da violência;

- Atender de forma articulada com a UBS, às vítimas de violência e suas famílias, para os casos de violência que necessitem de intervenção de maior complexidade;
- Acionar a rede de cuidados e proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade e complexidade dos casos;
- Encaminhar a UBS de referência e-mail institucional com relatório técnico sobre o caso destinado ao NPV;
- Informar ao usuário que este relatório será encaminhado e orientá-lo a procurar a UBS de sua referência;
- Elaborar PTS conjunto com as equipes das UBS e NASF, dos casos de violência atendidos pelo CAPS, tendo em vista a integralidade do cuidado e a articulação da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS;
- Realizar a avaliação da pessoa egressa de serviço hospitalar por tentativa de suicídio;
- Disponibilizar ações de matriciamento aos serviços de saúde, da assistência, escolas, entre outros, sobre modos de cuidado e prevenção de atos de violência contra a pessoa;
- Colaborar com ações educativas que visem à prevenção e o enfrentamento de práticas de violência contra a pessoa, contribuindo para a promoção da Cultura de Paz.



10.12. Rede Municipal Especializada em DST/AIDS

- Manter o Núcleo de Prevenção de Violência operante para facilitar a organização dos processos e das informações em relação às questões de violência;
- O atendimento às pessoas em situação de violência é de responsabilidade de todos os profissionais das RME, não se restringindo aos profissionais do NPV;
- Instituir profilaxia para gestão de HIV e outras DST e encaminhamentos necessários;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- Acionar a rede de cuidados e proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade e complexidade dos casos;
- Encaminhar à UBS de referência e-mail institucional com relatórios técnicos (relatório inicial, relatório de acompanhamento e relatório de alta) destinados ao NPV sobre o caso;
- Informar ao usuário que este relatório será encaminhado e orientá-lo a procurar a UBS de sua referência;
- Executar gerenciamento compartilhado, realizando a elaboração do PTS do caso com a UBS;
- Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de violência em local de fácil visibilidade;

- Desenvolver grupos educativos voltados especificamente ao tema, e introduzir a temática da violência e não violência nos grupos já existentes;
- Realizar ações de matriciamento e discussão de casos com as equipes das UBS e NASF para questões de violências relacionadas à DST/AIDS.

10.13. Pronto-Socorro (PS) / Pronto Atendimento (PA) / Unidade De Pronto Atendimento (UPA)

- Manter o NPV operante para facilitar a organização dos processos e das informações em relação às questões de violência;
- A identificação, acolhimento e encaminhamentos necessários às pessoas em situação de violência são de responsabilidade de todos os profissionais;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de violência em local de fácil visibilidade;

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

- Notificação imediata no SINAN;
- Contracepção de emergência;
- Profilaxia DST;
- Testagem (sorologia ou teste rápido);
- Vacinas hepatite;
- Profilaxia HIV;
- Encaminhar para UBS de referências.

Nos casos de tentativa ou ideação suicida cabe ao PS, PA e UPA realiza:

- Notificação imediata no SINAN;
- Realizar a escuta qualificada e promover o atendimento e encaminhamento necessários.
- Através de e-mail institucional comunicar os casos ao NPV da UBS de referência de moradia do usuário.
- Encaminhar para UBS de referências.

10.14. Hospital

- Manter o NPV operante, sendo esta equipe responsável pela articulação do cuidado além de facilitar a organização do processo e das informações em relação às questões de violência:
- O atendimento às pessoas em situação de violência é de responsabilidade de todos os profissionais dos serviços hospitalares, não se restringindo aos profissionais do NPV;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- Realizar avaliação, tratamento, exames e encaminhamentos que se façam necessários;
- Encaminhar à UBS de referência e-mail institucional com relatórios técnicos destinados ao NPV sobre o caso;
- Informar ao usuário que este relatório será encaminhado e orientá-lo a procurar a UBS de sua referência;
- Acionar a rede de cuidados e proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade e complexidade dos casos;
- Fixar material de divulgação sobre o atendimento às pessoas em situação de violência em local de fácil visibilidade na Unidade.



Nos casos de violência sexual cabe ao hospital realizar:

- Notificação imediata no SINAN;
- Contracepção e emergência;
- Profilaxia DST;
- Testagem (sorologias ou teste rápido);
- Vacinas hepatite;
- Profilaxia HIV;
- Encaminhar UBS de referência.

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

- Notificação imediata no SINAN;
- Realizar a escuta qualificada e promover o atendimento e encaminhamento necessários.
- Através de e-mail institucional comunicar os casos ao NPV da Unidade Básica de Saúde de referência de moradia do usuário.
- Encaminhar para UBS de referências.

10.15. Coordenadoria Municipal de Atenção às Urgências e Emergências (COMURGE)

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

1. Se houver indicação de atendimento médico hospitalar no momento ou se a vítima for criança ou adolescente: transportar a vítima para o hospital, anotar na Ficha de Atendimento a suspeita ou detecção de situação de violência, deixando cópia dessa ficha no hospital de destino, comunicando o fato ao profissional que receber o caso no hospital (preferencialmente o médico).
2. Se não houver indicação de atendimento médico hospitalar de urgência e o paciente não for removido para um hospital, por recusa do próprio paciente ou por decisão do Médico Regulador, a equipe envolvida no atendimento deverá ressaltar a situação de suspeita de violência ao Médico Regulador, que registrará a situação no prontuário eletrônico da Central de Operações.

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

10.16. Atenção Domiciliar – Melhor em Casa

- As equipes do Programa Melhor em Casa devem manter a representação de profissional deste serviço no NPV do estabelecimento de Saúde no qual está instalado;
- A identificação, acolhimento e encaminhamentos necessários às pessoas em situação de violência são de responsabilidade de todos os profissionais da equipe do Programa Melhor em Casa;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência;
- Acionar a rede de cuidados e proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade e complexidade dos casos;
- Encaminhar à UBS de referência e-mail institucional com relatórios técnicos destinado ao NPV (relatório inicial, relatório de acompanhamento e relatório de alta) sobre o caso;
- Executar gerenciamento compartilhado, realizando a elaboração do PTS do caso com a Unidade Básica de Saúde;
- Como estratégias/responsabilidades para o enfrentamento da violência no núcleo familiar e sua rede de suporte social na atenção domiciliar devemos nos atentar às seguintes ações:
 - a. Qualificação da equipe de saúde do Programa Melhor em Casa sobre a temática violência;
 - b. Participar de ações interinstitucionais voltadas às condições de vida – vulnerabilidade social.



11. REDES

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

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

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

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

11.1. Rede Intrassetorial

As redes de atenção à saúde são organizações que se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Básica (57).

A rede intrassetorial da saúde envolve:

- Serviços da atenção primária a saúde;
- Serviços de atenção especializada, urgência e emergência;
- Serviços de saúde mental;
- Serviços hospitalares e de pronto atendimento;
- Serviços laboratoriais;

12. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

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

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

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

Para a avaliação e o monitoramento da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de

Violência optou-se por utilizar dados primários a serem levantados por meio de instrumentais específicos da área técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em situação de Violência e secundários presentes nos diversos sistemas de informação da saúde no MSP, a saber:

- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
 - Notificação segundo grupo definido previamente: Violência Doméstica, Sexual, Interpessoal e outras.
- Sistema de Informação Ambulatorial (SIA);
 - Procedimentos relacionados à violência
 - 0301040052 - Atendimento multiprofissional para atenção às pessoas em situação de violência sexual.
- Sistema de Informação Hospitalar de Urgência e Emergência (HOSPUB);
 - Consulta segundo causa secundária CID
- Sistema de Informação Hospitalar (SIH);
 - Internação segundo CID secundário
- Programa de Aprimoramento da Informação de Mortalidade / Sistema de Informação de Mortalidade (PRO-AIM/SIM);
 - Óbito segundo causa básica CID.

INDICADOR	NÚMERO DE UNIDADES NOTIFICANTES
Conceituação	Busca-se discriminar unidades notificantes e silenciosas. Considera-se unidade notificante aquela que tem pelo menos uma notificação de violência, não importa o porte da unidade.
Método de Cálculo	Contagem das unidades que tiveram pelo menos uma notificação de violência.
Justificativa	É importante dimensionar a implantação do SINAM nos territórios, uma vez que a violência é um fenômeno de grande relevância e a utilização do SINAN em substituição ao SIVVA para a notificação do agravo é recente.
Objetivo	Quantificar o número de unidades silenciosas para notificação de violências nos diversos territórios que compõem o MSP.
Meta	620 unidades notificantes (número bruto pactuado com o Ministério da Saúde).
Periodicidade	Trimestral, quadrimestral, semestral e anual.
Unidade administrativa	Estabelecimento de Saúde, Distrito Administrativo, Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Município.
Fonte do numerador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.
Fonte do denominador	-
Observações e informações adicionais	O indicador encontra-se no Plano Municipal de Saúde.

INDICADOR	RAZÃO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO (POR 10.000)
Conceituação	Busca-se quantificar a proporção de casos notificados por 10.000 habitantes e sua progressão nos territórios
Método de Cálculo	Número de notificações de agressões por terceiros e autoagressões realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde / População total residente ajustada ao meio do ano (total multiplicado por 10.000).
Justificativa	Os sistemas de notificação de violências são de difícil implantação e implementação em todo o mundo, fundamentalmente na sua primeira década de vigência, em especial nas unidades básicas. Mensurar a sua expansão é uma das formas de avaliar a eficácia do conjunto dos serviços e das políticas públicas relativas aos direitos humanos
Objetivo	Dimensionar a implementação e o crescimento do SINAN nas Unidades básicas nos territórios do Município de São Paulo
Meta	Espera-se um crescimento anual de pelo menos 5% no número de notificações, calculados pelos valores do ano anterior (ano completo) nos primeiros 10 anos.
Periodicidade	Anual
Unidade administrativa	Unidade Básica de Saúde, Distrito Administrativo, Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Município.
Fonte do numerador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.
Fonte do denominador	CEInfo / SMS-SP; Fundação SEADE.
Observações e informações adicionais	Aplicável a partir do segundo ano completo de vigência do SINAN. Este indicador não reflete diretamente a frequência do fenômeno violência na população, seja como processo seja como evento.

INDICADOR	ESCOLARIDADE
Conceituação	Descreve o nível da escolaridade dos indivíduos num crescente, dentro das seguintes categorias: analfabeto, 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (EF), 4ª série completa do Ensino Fundamental, 5ª a 8ª 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	Número de fichas de notificação com informação relativa à escolaridade preenchida e conhecida / Número de 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 a relação entre volume e/ou tipos de violência e a escolaridade das vítimas.
Meta	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	Estabelecimento de Saúde, Distrito Administrativo, Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Município.
Fonte do numerador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (TabNet).
Fonte do denominador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (TabNet).
Observações e informações adicionais	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.

¹⁴Descrito no banco do SINAN como “Bairro” (campo 43).

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	Número de fichas de notificação com informação preenchida e conhecida relativa à raça/cor / Número 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 a relação entre volume e/ou tipos de violência e a raça/cor das vítimas.
Meta	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	Estabelecimento de Saúde, Distrito Administrativo , Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Município.
Fonte do numerador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (TabNet).
Fonte do denominador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (TabNet).
Observações e informações adicionais	a) Por “raça/cor preenchida e conhecida” entende-se que a ficha de notificação neste campo não está sem preenchimento (ou “em branco”) ou como a raça/cor preenchida como “Ignorada”. b) Sempre autoreferida 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.

¹⁵Descrito no banco do SINAN como “Bairro” (campo 43).

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	Número de fichas com informação inferida de DA de ocorrência conhecida / 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 georreferenciamento, para estabelecer políticas públicas e possibilitar futuras intervenções num território específico.
Objetivo	<p>a) Verificar a qualidade do preenchimento da ficha de notificação (medida indireta);</p> <p>b) Estabelecer, na medida em que houver a excelência do preenchimento com a evolução da meta a relação entre volume e/ou tipos de violência e o local de ocorrência dos eventos para futuro georreferenciamento das violências no município;</p> <p>c) Verificar o trajeto e/ou distância entre o DA de ocorrência e DA de atendimento para conhecer os fluxos das vítimas na diferentes regiões da cidade e sua preferência por determinados serviços.</p>
Meta	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	Estabelecimento de Saúde, Distrito Administrativo, Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Município.
Fonte do numerador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (TabNet).
Fonte do denominador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (TabNet).
Observações e informações adicionais	<p>a) Por “número 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>b) 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>

¹⁶Descrito no banco do SINAN como “Bairro” (campo 43).

INDICADOR	COMUNICAÇÃO AOS ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO E GARANTIA DE DIREITOS DOS CASOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE, COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.
Conceituação	Estabelece a proporção de casos de crianças e adolescentes vítimas de violências que foram encaminhados ao órgão de proteção e defesa, a partir do Bloco “Encaminhamento”. Dentro de um fluxo de vigilância correto, todos estes casos devem ser informados ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente (ou na necessidade à Defensoria Pública e/ou ao Ministério Público) 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 Órgão de Defesa e Proteção / 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 18 anos de idade vítimas de violência ao órgão de Defesa e Proteção.
Meta	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	Estabelecimento de Saúde, Distrito Administrativo, Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Município.
Fonte do numerador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (TabNet).
Fonte do denominador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (TabNet).
Observações e informações adicionais	O encaminhamento é da informação (comunicado e ou relatório quando necessário) sobre o caso e não necessariamente da vítima.

¹⁷Descrito no banco do SINAN como “Bairro” (campo 43).

INDICADOR	COMUNICAÇÃO AOS ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO E GARANTIA DE DIREITOS DOS CASOS IDOSOS, (60 OU MAIS ANOS DE IDADE) COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.
Conceituação	Estabelece a proporção de comunicados de casos de idosos (60 anos ou mais) vítimas de violências que foram encaminhados 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	Número 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 / Número total de fichas relativas a indivíduos com 60 anos ou mais que tenham sofrido agressão por terceiros ou autoagressão.
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	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	Estabelecimento de Saúde, Distrito Administrativo, Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Município.
Fonte do numerador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (TabNet).
Fonte do denominador	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – 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.</p>

INDICADOR	COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR AGRESSÕES POR TERCEIROS (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 por terceiros / 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 (causabas > X849 AND causabas < Y100).
Fonte do denominador	População SEADE
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.

¹⁸Descrito no banco do SINAN como “Bairro” (campo 43).

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 (causabas > X599 AND causabas < X85).
Fonte do denominador	População SEADE.
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.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES – SIWA

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS

DADOS DO ATENDIMENTO	DADOS GERAIS DO PACIENTE	ACIDENTE DE TRÂNSITO	OUTROS ACIDENTES	AGRESSÃO POR TERCEIROS
Data do Atendimento: ____/____/____ Hora: ____:____ Unidade de Saúde: _____ Nº do Prontuário / BE: ____ Endereço: _____ Nº CNES: ____ Fone: _____	Nº Cartão SUS: ____ Documento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> N° do Doc: ____ Data de Emissão: ____/____/____ Origem Expedidor: _____ Nome: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Ignorado Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Parda Escolaridade (em anos de estudo): <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> de 1 a 3 <input type="checkbox"/> de 4 a 7 <input type="checkbox"/> de 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e mais <input type="checkbox"/> Ign. <input type="checkbox"/> Não se aplica Pessoa com Deficiência: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Múltiplas Deficiências <input type="checkbox"/> Ignorado Nome da Mãe: _____ Endereço de resid: _____ Nº: _____ CEP: _____ Bairro: _____ Distrito Adm: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone p/ contato: _____ Nome do Acompanhante: _____ Grau de relacionamento: _____ Nome do Responsável Legal: _____ Grau de relacionamento: _____ Quem Transportou: <input type="checkbox"/> COBOM-193 <input type="checkbox"/> SAMU-192 <input type="checkbox"/> GCM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Ambulância particular <input type="checkbox"/> Particulares <input type="checkbox"/> Outros _____	Caracterizar a vítima: <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Ocupante de veículo <input type="checkbox"/> Ignorado Se ocupante de veículo: <input type="checkbox"/> Conduzidor do veículo <input type="checkbox"/> Passageiro do veículo <input type="checkbox"/> Sem informação se condutor ou passageiro Veículo que a vítima ocupava, ou, em caso de atropelamento, veículo que a atingiu: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus, caminhão ou outros veículos pesados <input type="checkbox"/> Mitrô ou trem <input type="checkbox"/> Outro transporte terrestre <input type="checkbox"/> Transporte aéreo <input type="checkbox"/> Transporte aquático <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro _____ Se a vítima for ocupante de veículo, informar se houve: <input type="checkbox"/> Colisão com outro veículo – Especificar: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus, caminhão ou outros veículos pesados <input type="checkbox"/> Mitrô ou trem <input type="checkbox"/> Colisão com pedestre ou animal <input type="checkbox"/> Colisão com objeto fixo (poste, muro, etc) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Queda de um nível a outro – Especificar: <input type="checkbox"/> Escada/Degrau <input type="checkbox"/> Edifício/Laje <input type="checkbox"/> Brinquedo <input type="checkbox"/> Mobília (leito, cadeira, etc.) <input type="checkbox"/> Queda do mesmo nível <input type="checkbox"/> Queda não especificada <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Fogo ou incêndio <input type="checkbox"/> Outros queimaduras <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Mordedura animal <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Deslizamento de terra ou inundação <input type="checkbox"/> Sufocação ou asfixiação de conteúdo gástrico ou outros riscos acidentais à respiração <input type="checkbox"/> Intoxicação ou envenenamento (se possível informar qual substância) <input type="checkbox"/> Outro (descrever) _____	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Negligência ou abandono <input type="checkbox"/> Outros síndromes de maus tratos <input type="checkbox"/> Outro _____ Se agressão física especificar instrumentos ou meios utilizados: <input type="checkbox"/> Uso de força corporal <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Enforcamento ou sufocação <input type="checkbox"/> Meios não especificados <input type="checkbox"/> Outros meios (descrever) _____ Frequência da agressão: <input type="checkbox"/> 1 única vez <input type="checkbox"/> 2 a 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 a 9 vezes <input type="checkbox"/> 10 ou mais vezes <input type="checkbox"/> Ignorado Provável agressor(ê): <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Paratido ou chella <input type="checkbox"/> Outros conhecidos <input type="checkbox"/> Ladrão ou assaltante <input type="checkbox"/> Outros desconhecidos <input type="checkbox"/> Não informado Se o provável agressor for familiar, especificar parentesco: <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Filha <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Outro _____ Idade aproximada do agressor(ê): _____ anos <input type="checkbox"/> Idade ignorada <input type="checkbox"/> Sexo do agressor(ê): <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Ignorado

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência intrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação	
2 Agravado(a) VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	
4 UF 5 Município de notificação		Código (IBGE)	
6 Unidade Notificadora		1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutelar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7 - Outros	
7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	
8 Unidade de Saúde		Código (ONES)	
10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	
12 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Ano		14 Gestante 1 - F. Gestante 2 - Não se aplica 3 - 3º Trimestre 4 - Não se aplica 5 - Não se aplica 6 - Não se aplica	
16 Escolaridade 0 - Avaliada 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 - 6ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		15 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado	
17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
19 UF 20 Município de Residência		Código (IBGE) 21 Distrito	
22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
24 Número 25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	
30 (DDD) Telefone		31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado	
32 País (se residente fora do Brasil)		29 CEP	
Dados Complementares			
33 Nome Social		34 Ocupação	
35 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
36 Orientação Sexual 3-Bissexual 8-Não se aplica 1 - Heterossexual 9-Ignorado 2-Homossexual (gay/lesbica)			
37 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher, Transsexual 3-Homem, Transsexual 8-Não se aplica 9-Ignorado			
38 Possui algum tipo de deficiência/transorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transorno mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Transorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras deficiências/Síndromes <input type="checkbox"/>			
40 UF 41 Município de ocorrência		Código (IBGE) 42 Distrito	
43 Bairro		Código	
44 Logradouro (rua, avenida,...)		48 Geo campo 4	
45 Número 46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
49 Ponto de Referência		50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado	
51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
52 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 08 - Indústrias/construção 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 09 - Outro 03 - Escola 06 - Via pública 99 - Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	



PREFEITURA DE SÃO PAULO

SAÚDE

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA

INFORME TÉCNICO - 02 GCCD/DANT/PMPCI GVISAT

2 de Julho de 2015

Transição SIVVA-SINAN-SIVA

As **Situações de Violências**, a partir de 05 de julho de 2015, de acordo com a Portaria SMS/COVISA, Nº1102 de 20 de junho de 2015, as orientações **SINAN** e SMS-COVISA, consonante com a Portaria Nº1271 de 06 de junho de 2014, do Ministério Saúde, que define a Lista Nacional de Notificação de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, nos Serviços de Saúde Públicos e Privados em todo o Território Nacional, devem ser notificadas e registrados no **SINAN-Violência**.

São considerados, para notificação e registro das situações de Violência, os casos suspeitos ou confirmados de Agressões e Auto Agressões/ Tentativas de Suicídio.

1

www.prefeitura.sp.gov.br/covisa



120

Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência

A Lei 13.671, de 26/11/2003 e o Decreto 48.421, de 06 de junho de 2007, da Prefeitura de São Paulo regulamentaram o Programa de Informação para Vítimas de Violência (PIVV). Para operacionalizar o programa, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) implantou o SIVVA (Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes), atendendo, em especial, a notificação e registro das situações de violência contra crianças, mulheres e idosos.

A partir de 05 de julho de 2015, os acidentes passaram a ser notificados no SIVA (Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes), sistema que continua sendo gerenciado pela Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA/SMS, e as situações de violências notificadas e registradas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN Net.

VIOLÊNCIAS

A Notificação tem caráter universal e compulsório. Todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, devem preencher a ficha de notificação individual de violência-SINAN e encaminhar uma cópia para a Supervisão de Vigilância em Saúde - SUVIS da sua região ou registrar os dados diretamente no Sistema (de acordo com o cadastro de unidades de saúde com permissão de acesso ao Sistema, definido pela SUVIS e Núcleo de Informação para a Vigilância em Saúde – COVISA/NIVS).

É importante ressaltar que esta notificação não substitui a Comunicação aos Conselhos Tutelares, à Defensoria Pública ou ao Ministério Público.

Todo caso de violência contra a criança e adolescente deve ser comunicado aos órgãos de defesa e proteção – Conselho Tutelar, ou se necessário à Defensoria Pública ou ao Ministério Público, por meio de instrumento próprio (Comunicado, Relatório), elaborado e assinado pelo profissional responsável pelo atendimento ou pela unidade de atendimento (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA).

Os casos de violência contra o idoso devem ser comunicados aos órgãos de defesa e proteção: Conselho Municipal do Idoso ou, se necessário, à Defensoria Pública ou ao Ministério Público, por meio de instrumento próprio (Comunicado, Relatório), elaborado e assinado pelo profissional responsável pelo atendimento ou pela unidade de atendimento (Estatuto do Idoso).

No caso de violência contra a mulher, notificar e registrar no SINAN, conforme orientação da SUVIS da sua região.

Não é necessário para o atendimento e encaminhamentos das situações de violência contra a mulher, o registro do BOLETIM de OCORRÊNCIA nas delegacias de polícia. É decisão da Mulher, fazer o registro, ou não.

ACIDENTES

Os casos de acidentes atendidos nos estabelecimentos de saúde devem ser notificados na Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Acidentes e registrados no Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes - SIVA – SMS/COVISA

Serão registrados nesse sistema, os casos de Acidente (referido ou observado) - Causas Externas – Capítulos XIX, destacando-se os casos de acidentes de trânsito e de transporte, quedas, e outros acidentes.

Não devem ser notificados no SIVA, os acidentes de trabalho, as intoxicações exógenas, os acidentes com animais e os acidentes com animais peçonhentos, pois esses agravos devem ser notificados nas fichas próprias e específicas do SINAN.

As fichas de notificação devem ser arquivadas na Unidade de Saúde de Atendimento em arquivo próprio da Equipe de Vigilância em Saúde. É recomendável que se anote no Prontuário do Paciente a informação da notificação com o nº do SINAN e outras informações importantes, tais como encaminhamentos, contatos realizados, entre outros.

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

Anexo II – Conjunto de Leis e Portarias para superação da violência elaboradas no âmbito Municipal, Estadual e Federal.

Legislação	Data	Ato Normativo
Constituição Federal da República Federativa do Brasil		Reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais bem como estabelece seus direitos sociais, sendo principais os artigos 231 e 232 do capítulo VIII (Dos Índios) do Título VIII (Da ordem social). Estes direitos são reafirmados pela Convenção no. 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT, ratificada pelo Brasil em 2003. Torna crime o ato de racismo, prevendo reclusão, entre outros valores está o princípio da igualdade.
Decreto nº 4.886	20 de novembro de 2003	Institui a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR).
Decreto municipal nº 51.180	Janeiro de 2010	Sobre inclusão do nome social de pessoas travestis e transexuais nos registros municipais
Decreto nº 44.330	05 de fevereiro de 2004	Regulamenta a Lei nº 13.642, de 8 de setembro de 2003, e dispõe sobre notificação dos casos de violência contra idosos.
Decreto nº 45.771	15 de março de 2005	Regulamenta a Lei nº 13.150, de 20 de junho de 2001, e introduz o quesito “violência de gênero” no Sistema Municipal de Informações em Saúde.
Decreto nº 48.421	06 de junho de 2007	Regulamenta Lei nº 13.671, de 26 de novembro de 2003, e dispõe sobre a criação do Programa de Informações sobre Vítimas de Violência no Município de São Paulo.

Legislação	Data	Ato Normativo
Decreto Presidencial nº 7.053	23 de dezembro de 2009	Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, e a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida Política.
Decreto Presidencial nº 7.958	13 de março de 2013	Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual, pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.
Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90, em seu artigo 5º		Estabelece que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais
Lei Maria da Penha, (Lei 11.340/06)	7 de agosto de 2006	Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e família.
Lei Municipal nº 13.671	26 de novembro de 2003	Dispõe sobre a criação do Programa de Informações sobre Vítimas de Violência no Município de São Paulo.
Lei Municipal nº 14.247	08 de dezembro de 2006	Dispõe sobre o Programa Municipal de Conscientização e Combate à Violência contra Crianças e Adolescentes.
Lei Municipal nº 15.203	18 de junho de 2010	Estabelece diretrizes para Política Municipal de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.

Legislação	Data	Ato Normativo
Lei nº 1.390 (Lei Afonso Arinos)	3 de julho de 1951	Inclui entre as contravenções penais, a prática de atos resultantes de preconceitos de raça ou de cor.
Lei nº 10.678	23 de maio de 2003	Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) da Presidência da República.
Lei nº 10.778	24 de novembro de 2003	Estabelece a Notificação Compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidas em serviços de saúde públicos ou privados.
Lei nº 12.015	7 de agosto de 2009	Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.
Lei nº 12.288	20 de julho de 2010	Institui o Estatuto da Igualdade Racial.
Lei nº 13.150	20 de junho de 2001	Introduz o quesito “violência de gênero” no Sistema Municipal de Informações em Saúde.
Lei nº 13.642	8 de setembro de 2003	Dispõe sobre notificação dos casos de violência contra idosos.
Lei nº 15.764	27 de maio de 2013	Cria a Secretaria Municipal de Promoção da Igualdade Racial (SMPIR).
Lei nº 7.716 (Lei Caó)	5 de janeiro de 1989	Amplia o foco das leis anteriores e define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor.
Lei nº 9.459 (Lei Paim)	13 de maio de 1997	Modifica os artigos 1º e 20º da Lei nº 7.716 de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor.

Legislação	Data	Ato Normativo
Lei Presidencial Nº 12.845	01 de agosto de 2013	Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria Nº 2.488	21 de outubro de 2011	Caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo. As equipes de Consultório na Rua citadas na portaria fazem parte da estratégia de atenção para populações específicas.
Portaria 1300/SMS-G	15 de julho de 2015	Institui os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo
Portaria Interministerial nº 288	25 de março de 2015	Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.
Portaria MS/GM 2472/2010	31 de agosto de 2010	Estabelece que a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências deixam de ser notificadas apenas nas unidades sentinelas, para ser notificadas por toda a rede de saúde.
Portaria MS/GM Nº 1.271	06 de junho de 2014	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Com relação ao agravo da violência, trata da notificação compulsória imediata (NCI) em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da ocorrência ou suspeita inicial de casos de violência sexual e tentativa de suicídio e notificação compulsória semanal (NCS) dos casos de violência doméstica e/ou outras violências.

Legislação	Data	Ato Normativo
Portaria MS/GM nº 1.968	25 de outubro de 2001	Dispõe sobre a notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria MS/GM nº 104	25 de janeiro de 2011	Apresenta a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e destaca a importância da notificação de qualquer suspeita ou confirmação de violência no SINAN.
Portaria MS/GM nº 2.406	5 de novembro de 2004	Institui o serviço de Notificação Compulsória de violência contra a mulher.
Portaria MS/GM nº 485	01 de abril de 2014	Redefine o funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.
Portaria MS/GM nº 737	16 de maio de 2001	Cria a Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
Portaria MS/GM nº 936	18 de maio de 2004	Cria a Rede Nacional de Prevenção e Promoção da Saúde.
Portaria nº 1.029 do Gabinete do Ministério da Saúde	20 de maio de 2014	Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências.
Portaria nº 1.328/SMS	28 de agosto de 2007	Dispõe sobre a implantação do “Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes – SIVVA” no Município de São Paulo.
Portaria nº 1.922 do Gabinete do Ministério da Saúde	5 de setembro de 2013	Altera dispositivos da Portaria Nº 122/GM/MS, que define as diretrizes de organização e financiamento das equipes de Consultório na Rua;
Portaria nº 1.944	27 de agosto de 2009	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Legislação	Data	Ato Normativo
Portaria nº 1.102/SMS-G	20 de junho de 2015	Estabelece a notificação compulsória dos casos de violência e de acidentes nos serviços públicos e privados no Município de São Paulo
Portaria nº 122 do Gabinete do Ministério da Saúde	25 de janeiro de 2012	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, que atualiza a Política Nacional de Atenção Básica.
Portaria nº 123 do Gabinete do Ministério da Saúde	25 de janeiro de 2012	Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município;
Portaria nº 3.305 do Gabinete do Ministério da Saúde	24 de dezembro de 2009	Cria o Comitê Técnico da Saúde para a População em Situação de Rua
Portaria nº 485, do Gabinete do Ministério da Saúde	1º de abril de 2014	Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
Portaria nº 705/SMS	28 de março de 2014	Anexo V - Implantação do protocolo de terapia hormonal.
Portaria nº 992	13 de maio de 2009	Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Anexo III - Instrumental de informações do SAMU para Coordenadorias Regionais de Saúde sobre os casos de violência.

Nome do Paciente:

Idade:

Sexo:

Data do Atendimento:

Telefone ou outro contato:

Natureza da Violência/Ocorrência:

Endereço da Ocorrência ou do Paciente: (nem sempre temos condição de obter este dado, mas sempre temos o endereço do atendimento)

Nome do solicitante:

Existência de possível negligência: Sim

Prejudicado

Provável agressor: Conhecido

Prejudicado

Conduta: Não atendido

Não Removido

Atendido

Destino:

Anexo IV – Instituições de Referência para Pessoas em Situação de Violência

a. Saúde da Mulher

Hospitais Municipais com Serviço de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual (seguimento dos casos) e/ou Aborto Previsto em Lei:

H. M. DR. FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA - CAMPO LIMPO

ESTRADA DE ITAPECERICA, 1661 - CAMPO LIMPO.
TEL: 3394-7504 / 3394-7503 / 3394-7711 / 3394-7647
Realiza o acolhimento e o primeiro atendimento, colhe exames, realiza Contracepção de Emergência e profilaxia de DST/AIDS, faz seguimento e realiza aborto previsto por lei nos casos indicados.

H. M. PROF. MARIO DEGNI - HOSPITAL JARDIM SARAH

Rua LUCAS DE LEYDE, 257 – RIO PEQUENO.
TEL: 3394-9330
Realiza o acolhimento e o primeiro atendimento, colhe exames, realiza Contracepção de Emergência e profilaxia de DST/AIDS, faz seguimento e realiza aborto previsto por lei nos casos indicados.

H. M. DR. ARTHUR RIBEIRO SABOYA – JABAQUARA

AV. FRANCISCO DE PAULA QUINTANILHA RIBEIRO, 860.
TEL: 3394-8519 / 3394-8520
Realiza o acolhimento e o primeiro atendimento, colhe exames, realiza Contracepção de Emergência e profilaxia de DST/AIDS, faz seguimento e realiza aborto previsto por lei nos casos indicados.

H. M. DR. CARMINO CARICCHIO – TATUAPÉ

AV. CELSO GARCIA, 4815 – TATUAPÉ.
TEL: 3394-6980 – ramais 7149 e 7150
Realiza o acolhimento e o primeiro atendimento. Realiza aborto previsto por lei nos casos indicados.

H. M. M. ESCOLA DR. MARIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA.

AV. DEPUTADO EMILIO CARLOS, 3.100 – V. NOVA CA-
CHOEIRINHA.
TEL: 3986-1000
Realiza o acolhimento e o primeiro atendimento, colhe exames, realiza Contracepção de Emergência e profilaxia de DST/AIDS, faz seguimento e realiza aborto previsto por lei nos casos indicados.

H. M. TIDE SETUBAL

RUA DR. JOSÉ GUILHERME EIRAS, 123 - SÃO MIGUEL
TEL: 3394-8770
Realiza o acolhimento e o primeiro atendimento, colhe exames, realiza Contracepção de Emergência e profilaxia de DST/AIDS, faz seguimento e realiza aborto previsto por lei nos casos indicados.

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

Atividades desenvolvidas:

1. Orientação por telefone para mulheres que precisem de apoio e agendamento de atendimento;
2. Prestação de serviço-referência para o acompanhamento da questão da violência de gênero e para a realização dos encaminhamentos necessários a cada problema;
3. Orientação, capacitação e formação de grupos de mulheres para o enfrentamento da violência sexual e doméstica;
4. Encaminhamento para hospitais da rede municipal para atendimento de violência sexual e doméstica, inclusive nos casos de necessidade de cirurgia plástica reparadora;

CENTRO DE REFERÊNCIA DA MULHER 25 DE MARÇO
RUA 25 DE MARÇO – CENTRO
TEL: (11) 3106-1100

CASA BRASILÂNDIA
RUA SILVIO BUENO PERUCHE, 538 – BRASILÂNDIA
TEL: (11) 3983-4294 / 3984-9816.

CASA ELIANE DE GRAMMONT
RUA DOUTOR BACELAR, 20 – VILA CLEMENTINO
TEL: (11) 5549-9339 5549-0335.

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

CASA SER DORINHA
AVENIDA DOUTOR GUILHERME DE ABREU SODRÉ, 485
– CIDADE TIRADENTES.
TEL: (11) 2555-7090 / (11) 2555-4806

CASA DE ISABEL
RUA PROFESSOR ZEFERINO FERRAZ, 486 – ITAIM PAULISTA.
TEL: (11) 2025-3271

CASA CIDINHA KOPCAK
RUA MARGARIDA CARDOSO DOS SANTOS, 500 – SÃO MATEUS.
TEL: (11) 2015-4195

CASA VIVIANE DOS SANTOS
RUA JOSÉ TEIXEIRA, 87 - LAJEADO.
TEL: (11) 2553-2424

CISM II – CENTRO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL DA MULHER II

RUA FERREIRA DE ALMEIDA, 23 – CASA VERDE.

FONE (11) 3858-8279

CISM I CENTRO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL DA MULHER I

RUA ÁLVARO NUNES, 184 - CAMPO BELO.

FONE (11) 3271-7099

CISM III - CENTRO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL DA MULHER III

RUA DO FICO, 234 - IPIRANGA.

FONE (11) 2272-0423

CASA SOFIA

RUA DOUTOR LUIZ FERNANDO FERREIRA, 06 – JARDIM DIONIZIO.

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

Outros serviços que atendem vítimas de violência:

<http://www.redededefesadedireitos.com.br/>

b. Consultório na rua:

As Unidades Básicas de Saúde de referência onde estão implantadas as equipes do CnaR:

- UBS SÉ
- UBS REPÚBLICA
- UBS HUMBERTO PASCALE - SANTA CECÍLIA
- CSE BARRA FUNDA
- UBS NOSSA SENHORA DO BRASIL
- UBS DR. JOSÉ DE BARROS MAGALDI
- UBS PARQUE DA LAPA
- UBS BRÁS - MANOEL SALDIVA NETO
- UBS BELENZINHO - MARCUS WOLOSKER
- UBS MOOCA
- UBS PARI
- UBS JOAQUIM ANTÔNIO EIRADO - JAE

Centro de Acolhida para Adultos I por 16 horas

Funcionamento: Ininterrupto, das 16h às 8h.

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

CENTRO DE ACOLHIDA LYGIA JARDIM

RUA SÃO DOMINGOS, 39/51

TEL: 3106-0737

CENTRO DE ACOLHIDA ESPAÇO LUZ

PÇA. PRINCESA ISABEL, 75/77

TEL: 3221-2835

CENTRO DE ACOLHIDA NOVA VIDA

RUA FRANCISCA MIQUELINA, 343

TEL: 3106-2041

CENTRO DE ACOLHIDA BARRA FUNDA I

RUA NORMA PIERUCCINI GIANNOTTI, 77A

TEL: 3392-4527

CENTRO DE ACOLHIDA EMERGENCIAL ALCÂNTARA

MACHADO

AV. ALCÂNTARA MACHADO, 91

TEL: 96846-6870

CENTRO DE ACOLHIDA ZAKI NARCHI I

AV. ZAKI NARCHI, 600

TEL: 2089-1829

CENTRO DE ACOLHIDA Pousada da Esperança

RUA ISABEL SCHIMIDT, 489

TEL: 5548-2672

CENTRO DE ACOLHIDA GRAJAÚ

RUA SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 190

TEL: 96943-2634

Centro de Acolhida para Adultos II por 24 horas

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

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

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

CENTRO DE ACOLHIDA CAMBUCI

RUA VICENTE DE CARVALHO, 88

TEL: 3289-2755

CENTRO DE ACOLHIDA PORTAL DO FUTURO

RUA DEOCLECIANA, 25

TEL: 3326-4370

CENTRO DE ACOLHIDA BORACEA

RUA NORMA PIERUCCINI GIANNOTTI, 77

TEL: 3392-1055

CENTRO DE ACOLHIDA ZANCONE

AVENIDA IMPERATRIZ LEOPOLDINA, 1335 - LAPA.
TEL: 3832-2301

CENTRO DE ACOLHIDA ESPERANÇA

RUA CARDEAL ARCO VERDE, 1968
TEL: 3812-9298

CENTRO DE ACOLHIDA BARRA FUNDA II

RUA BORACEA, 270
TEL: 3392-2697

CENTRO DE ACOLHIDA SANTA CECILIA

RUA APA, 165
TEL: 3661-5979

CENTRO DE ACOLHIDA JOÃO PAULO II

RUA AFONSO PENA, 482
TEL: 3208-7759

CENTRO DE ACOLHIDA PRATES I

RUA PRATES, 1101
TEL: 3313-1879

CENTRO DE ACOLHIDA PRATES II

RUA PRATES, 1101

CENTRO DE ACOLHIDA ARSENAL DA ESPERANÇA

RUA DR. ALMEIDA LIMA, 900
TEL: 2292-0977

CENTRO DE ACOLHIDA ESTAÇÃO VIVÊNCIA

RUA PEDRO VICENTE, 421
TEL: 3315-0286

CENTRO DE ACOLHIDA VIVENDA DA CIDADANIA

RUA COM. NESTOR PEREIRA, 75 B
TEL: 3326-6880

CENTRO DE ACOLHIDA CASA SÃO LAZARO

RUA BRIGADEIRO MACHADO, 243/253
TEL: 2693-8015

CENTRO DE ACOLHIDA SAMARITANOS

RUA COM. NESTOR PEREIRA, 77 B
TEL: 3311-7184

CENTRO DE ACOLHIDA FREI LEÃO

RUA IVAI, 187
TEL: 2091-0276

CENTRO DE ACOLHIDA SÃO MARTINHO DE LIMA

LARGO SENADOR MORAES BARROS, 160
TEL. 2692-6800

CENTRO DE ACOLHIDA SOLIDARIEDADE

AV. ENG. ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA, 1392
TEL: 5015-2990

CENTRO DE ACOLHIDA ESTAÇÃO BEM ESTAR

AV. TANCREDO NEVES, 270

TEL: 5062-1200

CENTRO DE ACOLHIDA PORTO CIDADÃO

RUA IGUARA, 560

TEL: 2912-6021

CENTRO DE ACOLHIDA VILA PRUDENTE II - NOVA

ESPERANÇA

RUA DONA GENOVEVA D´ ASCOLI, 37

TEL: 2272-2950

CENTRO DE ACOLHIDA COMEÇAR DE NOVO

RUA EMIDIO SOUZA, 41

TEL: 2681-6860

CENTRO DE ACOLHIDA OLARIAS

RUA OLARIAS, 476-CANINDÉ

TEL: 3228-6832

CENTRO DE ACOLHIDA CASA VERDE

RUA ZILDA, 420

TEL: 2737-7555

CENTRO DE ACOLHIDA JAÇANÃ -SÃO BENEDITO

RUA ALTO PARAGUAI, 630

TEL: 2206-6542

CENTRO DE ACOLHIDA ZAKI NARCHI II E III

AV. ZAKI NARCHI, 600

CENTRO DE ACOLHIDA SÃO MIGUEL

AVENIDA MARECHAL TITO, 1533

TEL: 2031-3513

CENTRO DE ACOLHIDA SÃO MATEUS

AV. MATEO BEI, 1409

TEL: 2013-9693

CENTRO DE ACOLHIDA LAJEADO

RUA CRUZ DO ESPÍRITO SANTO, 1162

TEL: 2849-3447

CENTRO DE ACOLHIDA NOVA CONQUISTA

RUA GUILHERME OLIVEIRA DE SÁ, 795/797

TEL: 2214-7176

CENTRO DE ACOLHIDA SANTO AMARO

RUA SUZANA RODRIGUES, 123/135

TEL: 5523-2923

Centro de Acolhida Especial

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

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL MORADA NOVA LUZ (IDOSOS)

RUA HELVETIA, 234
TEL: 3331-3422

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL MORADA SÃO JOÃO (IDOSOS)

AV. SÃO JOÃO, 1214 - REPÚBLICA
TEL: 3331-7372 / 3331-7165

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL PARA IDOSOS JARDIM UMUARAMA (IDOSOS)

RUA EDUARDO AMIGO, 103B
TEL: 2339-0260

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL PARA IDOSOS CASA VERDE (IDOSOS)

RUA ANTONIO VERA CRUZ, 213
TEL: 2384-4124 / 2384-4125

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

RUA ANTONIO VERA CRUZ, 213
TEL: 2384-4124 / 2384-4125

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL CASA DE SIMEÃO (IDOSOS)

RUA ASSUNÇÃO, 480
TEL: 3228-2064

SITIO DAS ALAMEDAS (IDOSOS)

RUA COMENDADOR NESTOR PEREIRA, 75
TEL: 3227-4515

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL CASA BRIGADEIRO (MULHERES)

AVENIDA BIRGADEIRO LUIS ANTÔNIO, 1645/1647
TEL: 3251-0402 / 3262-0765

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL MARIA MARIA (MULHERES)

RUA COM. NESTOR PEREIRA, 77 B
TEL: 3313-6067 / 3313-4920

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL CASA DE MARTA E MARIA (MULHERES)

RUA CATUMBI, 427
TEL: 2692-4416

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL GESTANTES, MÃES E BEBÊS AMPARO MATERNAL (MULHERES)

RUA NAPOLEÃO DE BARROS, 1035 VILA CLEMENTINO
TEL: 5089-8281/ 5089-8260

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL SANTO AMARO (MULHERES)

RUA CORONEL LUIZ BARROSO, 115
TEL: 5523-8546

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL CASA DE CUIDADOS LAR TRANSITÓRIO BATUÍRA (CONVALESCENTES)

RUA MARIA JOSÉ, 311
TEL: 3242-1854 / 3106-2500

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL OFICINA BORA-CEA (CONVALESCENTES)

RUA NORMA PIERUCCINI GIANNOTTI, 77
TEL: 3392-1055

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL LAR DE NAZARÉ (FAMÍLIAS)

RUA BRIGADEIRO MACHADO, 279

FAMÍLIA EM FOCO (FAMÍLIAS)

RUA JULIO DE CASTILHO, 620/622 – BELÉM
TEL: 2693-0488

CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL DOM BOSCO (CATEDORES)

ALAMEDA DINO BUENO, 735
TEL: 3361-3161 - 3221-3622

Repúblicas

CONDOMÍNIO SÃO PAULO – UNIDADE I
RUA SÃO PAULO, 263

CONDOMÍNIO SÃO PAULO – UNIDADE II
RUA GUAIANAZES, 1427

A CASA ACOLHE A RUA

RUA DOS ESTUDANTES, 547
SÃO FRANCISCO
AV. MERCÚRIO, 518 - BOM RETIRO
SANTA CECÍLIA
RUA APA, 159
PENHA
RUA GENERAL SÓCRATES, 240 – PENHA

SANTANA I

RUA CLAUDINO ALVES, 170

SANTANA II

RUA URUPIARA, 99

Espaços de convivência para adultos

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA MOOCA

RUA DA MOOCA, 26
TEL: 3209-2670

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA BELA VISTA

RUA SANTO ANTONIO, 800/820
TEL: 3129-8551

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA BARRA FUNDA

RUA NORMA PIERUCCINI GIANOTTI, 77
TEL: 3392-2002

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA BRESSER

RUA BRESSER, 2141
TEL: 2815-1223

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA ALCÂNTARA MACHADO

AVENIDA ALCÂNTARA MACHADO, 888
TEL: 3843-4518

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA PRATES

RUA PRATES, 1101
TEL: 96862-6602

Espaços de convivência para crianças e adolescentes (ECCA)

SANTA CECÍLIA

RUA MAUÁ, 36
TEL: 3284-2131

VILA MARIANA

AVENIDA ENGENHEIRO LUIS GOMES CARDIM SANGI-
RARDE, 789
TEL: 5083-0449

Centro de Capacitação Técnica para Adultos em Situação de Rua

Caracterização do serviço: Desenvolvimento de cursos de formação e capacitação profissional para a população em situação de rua, propiciando o desenvolvimento de habilidades com vista à conquista de empregabilidade, autonomia, inserção social e participação na vida pública e da comunidade. O curso deve desenvolver as habilidades específicas, bem como introduzir temas relacionados às habilidades sociais de formação humana, cidadania, habilidades de gestão e do mundo do trabalho e habilidades básicas necessárias ao aprendizado específico como comunicação, expressão, operações matemáticas e outras.

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

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

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

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

Serviço de Inclusão Social e Produtiva

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

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

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

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

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

Núcleo de Convivência para Adultos em Situação de Rua

Caracterização do serviço: Serviço ofertado para pessoas adultas que utilizam as ruas como espaço de moradia e sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar atendimento com atividades direcionadas para o desenvolvimento de reinserção social, na perspectiva

de construção de vínculos interpessoais e familiares que oportunizem a construção do processo de saída das ruas.

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

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

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

Núcleo de Convivência com Restaurante Comunitário para Adultos em Situação de Rua

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

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

Objetivo: Acolher e ofertar refeições adequadas, e propiciar o desenvolvimento da sociabilidade por meio da promoção de atividades orientadas que norteiem a

construção de vínculos interpessoais, inter geracionais e familiares na perspectiva da reinserção social.

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

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

Bagageiro

Caracterização do serviço: Serviço ofertado para pessoas adultas que utilizam as ruas como espaço de moradia e sobrevivência, com a finalidade de garantir a guarda de pertences pessoais, inserção na rede de serviços socioassistenciais e acompanhamento social na perspectiva da construção do processo de saída das ruas. A permanência da bagagem no serviço será de 3 meses, podendo ser prorrogada por mais um mês, a critério da avaliação feita pelo assistente social.

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

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

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

Endereço: Rua Visconde de Parnaíba, 700 - TEL: 3275-2615

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

c. População idosa

Unidades de Referência à Saúde do Idoso – URSI

As URSI trabalharão em conjunto com os Núcleos de Prevenção à Violência das UBS de sua área de abrangência para o cuidado do idoso em situação de violência.

d. População LGBT

Centro de Referência da Diversidade Sexual – Pella Vidda.

e. População Negra

DELEGACIA DE CRIMES RACIAIS E DELITOS DE INTOLE-RÂNCIA (DECRADI)

RUA BRIGADEIRO TOBIAS, 527 - 3º ANDAR; BAIRRO LUZ.

TEL: 3311-3555

É um órgão público criado para o combate aos crimes de racismo e homofobia, preconceito e intolerância.

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

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

TEL: 3397-1446

E-MAIL: combatearacismo@prefeitura.sp.gov.br

É um serviço público municipal responsável por receber, encaminhar e acompanhar toda e qualquer denúncia de discriminação racial e/ou violência que tenha fundamento na intolerância racial.

f. População indígena

SESAI - Secretaria Especial da Saúde Indígena

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

g. Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST)

Os CRST se propõe dar subsídios técnicos aos serviços da rede de atenção à saúde – RAS do SUS, em suas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde dos trabalhadores rurais e urbanos. Neste sentido, deve trabalhar com o matriciamento das ações regionais com foco na assistência dos trabalhadores, servir de retaguarda para diagnósticos e tratamentos especializados de agravos do trabalho conhecidos e para o estabelecimento de nexos entre variados diagnósticos e as condições de trabalho (relação com o trabalho). Deve atender e estabelecer a relação com o trabalho de todos os casos de violência

relacionados ao trabalho, incluindo o assédio moral. Também deve ser responsável por estudos epidemiológicos de agravos e de processos produtivos propiciando a intervenção nas condições de trabalho causadoras ou agravadoras de acidentes e doenças. Devem servir de apoio às organizações dos trabalhadores quanto ao entendimento do processo saúde doença dos seus afiliados e auxiliando no desenvolvimento de linhas de cuidado para a assistência, especialmente entre grupos sujeitos a riscos específicos em seus trabalhos.

Em resumo, deve fazer parte da assistência ao trabalhador como retaguarda clínica para a RAS, participar da vigilância em saúde do trabalhador em suas funções epidemiológicas e de intervenção sanitária.

A Saúde do Município de São Paulo por meio da Área Técnica, da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e de seus CRST estão empenhados nestas funções e para melhor cumpri-las organizou a Política Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora com um plano plurianual de prioridades entre as quais estão o funcionamento a contento dos CRST e o incremento das ações de vigilância. Entre estas últimas estão as ações de vigilância epidemiológica que auxiliarão no conhecimento da realidade de saúde dos trabalhadores do município.

A implantação da notificação de suspeita de Doença Relacionada ao Trabalho deve facilitar e incentivar as notificações em ST, e junto com as notificações de violência devem dar mais transparência para as ocorrências de violência no trabalho.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. OMS Genebra; 2002.
2. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9 (16): 161-77.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Resultado do Universo. Rio de Janeiro, RJ; 2012.
5. Melman J, Cruz RCA. O desafio de lidar com a violência no setor saúde. *Cogitare Enferm*. 2010 Out/Dez; 15(4):599-601.
6. Minayo MCS, Coimbra Jr CEA. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina: SciELO-Editora FIOCRUZ; 2005.
7. Organização Pan-americana de Saúde. Resolução XIX: Violência e Saúde. Washington, DC: (Mimeo.); 1993.
8. Lorenzato EA. Saúde ampliada: qualificando as práticas dos profissionais para o cuidado com pessoas em situação de violência; 2012. (texto não publicado)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde: Brasília, DF; 2006.
10. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The lancet*. 2002; 360 (9339):1083-8.
11. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 14(5); 2009.
12. Camargo O. Bullying. *Brasilecola*. 2013.
13. Vilela LF. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF; 2008.
14. Franco CM, Franco TB. Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde. Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/>. Acessado em 10/07/2015.
15. Ayres J. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*. 8(14):73-92; 2004.

16. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*. 4(3):513-31; 1998.
17. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes. São Paulo, SP; 2007.
18. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. Caderno de violência contra a pessoa idosa. São Paulo, SP; 2007.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros; p. 340. Brasília, DF; 2005.
20. Carvalho A, Peixoto B, Saraiva CB, Sampaio D, Amaro F, Santos JC. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2013.
21. Lima CA. Violência faz mal à saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Série B - Textos básicos de saúde. Brasília, DF 2004.
22. Organização Pan-americana de Saúde, Ministério da Saúde, Universidade de Campinas. Prevenção do Suicídio - Manual dirigido aos profissionais de Saúde da Atenção Básica. Brasília, DF; 2009.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas infecções sexualmente transmissíveis – Relatório de recomendações. Brasília, DF; 2015.
24. Sanderson C. Abuso sexual em crianças. M Books do Brasil. São Paulo, SP; 2005.
25. Pinto Jr AA. Violência sexual doméstica contra meninos: um estudo fenomenológico. Vetor Editora; 2005.
26. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*. 81(5):197-204; 2005.
27. Pires Filho MF. Violência intrafamiliar: a compreensão de psicólogos que atendem em instituições crianças do sexo masculino, vítimas de abuso sexual. <Dissertação de mestrado>. Universidade de Campinas. Campinas / SP, 2007.
28. Rothman EF, Butchart A, Cerdá M. Intervening with perpetrators of intimate partner violence: A global perspective. Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2003.
29. Schraiber LB. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. Unesp; 2005.
30. Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência: Fundação Perseu Abramo; 2004.
31. Greig A. Political connections: men, gender and violence. Partners in change: Working with men to end gender-based violence. 2002.

32. Mian M. World Report on Violence and Health: what it means for children and pediatricians. *The Journal of pediatrics*. 145(1):14-9; 2004.
33. Sacramento LT, Rezende MM. Violências: lembrando alguns conceitos. *Aletheia*. (24):95-104; 2006.
34. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. *Violência e criança: Edusp*; p. 95-114; 2002.
35. Silva LMP, Nascimento CAD. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: EDUPE; 2002.
36. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 25(supl 1):9; 2003.
37. Hochgraf PB, Brasiliano S. Treatment services for substance abuse that are responsive to gender. A Brazilian experience with drug dependent women. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned New York: United Nations Publication. 57-96; 2004
38. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. Caderno de violência doméstica e sexual contra a mulher. São Paulo, SP; 2007.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. MS, SAS Brasília; 2008.
40. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 10(1):59-70; 2005.
41. Sarti CA, Barbosa RM, Suarez MM. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis*. 16(2):167-83; 2006.
42. Sarti CA. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. *Physis*. 15(1):107-26; 2005.
43. Suárez M. Reflexões sobre a noção de crime sexual: Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília. Brasília, DF 1995.
44. Segato RL. A estrutura de gênero e a injeção do estupro. *Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal Brasília: Paralelo*. 15:387-427; 1999.
45. Machado LZ. Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. *Masculinidades*. 1:35-78; 2004.
46. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 10(1):97-104; 2005.
47. Schwarz E, Castro T, Machado S. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(10):2581-3; 2012.
48. Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes. *Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes: Artmed*; 2006.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde - Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasília, DF; 2013.
50. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2011: os jovens do Brasil. Instituto Sangari; 2011.
51. Amorim L, Vaz CA. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: marcos referenciais da proposta. Caderno de textos, Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde CEGEST. 52; 2012.
52. Programa Ambientes Verdes e Saudáveis. Guia PAVS. In: São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Caderno da Atenção Básica. p. 160. São Paulo, SP; 2012.
53. Organização das Nações Unida. Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz. Resolução aprovada por Assembleia Geral em 06 de outubro de 1999.
54. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. 1993.
55. Granet M. La pensée chinoise: Albin Michel; 2012.
56. Maciocia G. Os fundamentos da medicina chinesa. Roca. São Paulo, SP, 1996.
57. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde: Revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. Organização Pan-americana da Saúde. 2011;61-85. Brasília, DF; 2011.



Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência

Linha de Cuidado para
**Atenção Integral à
Saúde da Pessoa em
Situação de
Violência**



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

prefeitura.sp.gov.br/saude