

ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO
A MULHERES EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA**

Realização

**Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
University of Bristol**

Texto

Ana Flávia P. L. D'Oliveira
Lília Blima Schraiber
Stephanie Pereira
Renata Granusso Bonin
Janaina Marques de Aguiar
Patricia Carvalho de Sousa
Cecília Guida



Impressão

Entrelinhas

Arte e Diagramação

Tiago Souza dos Anjos
Miriam Regina de Souza

*Esta publicação tem o apoio do
Medical Research Council - UK*

Junho 2019

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO

1. COMO A VIOLÊNCIA CHEGA AO SERVIÇO DE SAÚDE.....	2
1.1. Quando suspeitar.....	4
1.2. Sinais e sintomas: impactos na saúde.....	5
1.3. Outros tipos de violência.....	6
1.4. Dois grandes desafios atuais nos serviços de saúde.....	6
2. DETECTAR: COMO PERGUNTAR?.....	8
2.1. Perguntando diretamente em qualquer situação de violência.....	9
2.2. Perguntando indiretamente diante de suspeita de violência doméstica ou familiar.....	9
3. ACOLHER: COMO PROCEDER?.....	10
3.1. O que cabe a todas as profissionais	10
3.2. Realizando a avaliação de risco e o plano de segurança	15

4. O QUE É POSSÍVEL FAZER?	17
4.1. Fluxo de encaminhamento interno no serviço de saúde.....	20
4.2. Fluxo de encaminhamento externo à rede de serviços.....	22
4.3. O papel de cada profissional.....	23
4.3.1. Agente comunitária de saúde.....	25
4.3.2. Medicina e enfermagem.....	25
4.3.3. Psicologia	26
4.3.4. Serviço social.....	27
5. SITUAÇÕES DE RISCO: PLANOS DE SEGURANÇA.....	28
5.1. No território.....	28
5.2. Na unidade.....	29
6. APOIO INSTITUCIONAL.....	31
7. BIBLIOGRAFIA.....	33

* Nota das autoras: neste material optamos por utilizar pronomes femininos para nos referir aos profissionais de saúde, dado que a maioria é do sexo feminino. O mesmo foi feito para os autores de violência contra a mulher, referidos pelo pronome masculino.



APRESENTAÇÃO

Este Protocolo para profissionais de saúde sobre atendimento a mulheres em situação de violência é fruto de muitos anos de pesquisa, de diversos estudos publicados sobre a violência de gênero e de experiência de intervenção em serviço de saúde pelas professoras Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira e Lília Blima Schraiber, e suas diversas equipes de trabalho, junto ao departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Muitas dessas pesquisas foram produto de apoios financeiros nacionais como a Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), o Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), Secretaria de Políticas para Mulheres, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça. Outras tantas contaram com importantes e generosas parcerias internacionais, no apoio financeiro, como no caso da Fundação Ford, ou enquanto cooperação também científica, como com a Organização Mundial da Saúde (OMS), com a London School

of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) e mais recentemente com a Bristol University. Das pesquisas iniciais resultou uma proposta de atendimento, protocolado como Atenção a Conflitos Familiares Difíceis (CONFAD), nome eleito para evitar o termo estigmatizante “violência”, cuja experiência acumula cerca de 20 anos de intervenção prática em um serviço de atenção primária, o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, do Butantã/SP.

No conjunto, compilamos aqui as mais recentes recomendações e evidências para que profissionais de saúde possam garantir os direitos das mulheres e cuidar de sua saúde de forma apropriada e efetiva, tornando mais produtivo, criativo e acolhedor o trabalho cotidiano. Conscientes dos obstáculos encontrados pelas trabalhadoras e trabalhadores de saúde, buscamos ser práticas. Este protocolo se complementa com o protocolo de orientação para atendimento especializado a mulheres em situação de violência.

1. COMO A VIOLÊNCIA CHEGA AO SERVIÇO DE SAÚDE

Segundo a Lei Maria Da Penha, violência contra a mulher é “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” dentro do lar, da família e de qualquer relação íntima de afeto na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a mulher, independente de coabitação. Importante frisar que as relações pessoais independem de orientação sexual.

São tipos de violência contra a mulher: a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Além das formas encontradas na lei, há também os comportamentos controladores, sinais que as profissionais de saúde podem ficar atentas: não permitir visitas, impedir acesso ao sistema de saúde, dúvidas constantes quanto à fidelidade, negar acesso a dinheiro necessário, insistência em controlar os lugares que frequenta, privação/restrição da liberdade, impedimento ao trabalho ou estudo.

São exemplos de violência contra a mulher:

VIOLÊNCIA FÍSICA	<ul style="list-style-type: none">◆ Tapas◆ Empurrões◆ Chutes◆ Bofetadas◆ Tentativa de asfixia◆ Ameaça com faca◆ Tentativa de homicídio◆ Puxões de cabelo◆ Beliscões◆ Mordidas◆ Queimaduras
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none">◆ Humilhações◆ Críticas repetitivas, uso de nomes ofensivos como: feia, estúpida, burra, puta etc.◆ Ameaças de agressão◆ Danos propositais ou ameaças a objetos pessoais◆ Danos ou ameaças a animais de estimação◆ Danos ou ameaças a pessoas queridas◆ Impedimento de contato com a família e amigos◆ Ameaças a crianças como forma de atingir a mulher

VIOLÊNCIA SEXUAL

Práticas sexuais não consentidas, que podem se manifestar de diversas maneiras:

- ◆ Expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa
- ◆ Estupro conjugal ou por parceiro
- ◆ Forçar sexo sem contracepção e proteção contra ISTs
- ◆ Toques não desejados
- ◆ Exibicionismo e voyeurismo
- ◆ Exploração sexual
- ◆ Participação forçada em pornografia

VIOLÊNCIA PATRIMONIAL

Ocultar, roubar ou danificar:

- ◆ Dinheiro
- ◆ Objetos
- ◆ Documentos
- ◆ Pertences em geral da mulher
- ◆ Criar dívida em nome da mulher

VIOLÊNCIA MORAL

- ◆ Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria; conduta com o objetivo de prejudicar a imagem da mulher no espaço público (trabalho, bairro, amigos, etc).

1.1. Quando suspeitar

Profissionais de saúde estão em posição privilegiada para detectar estes casos, pois as mulheres são as principais usuárias de serviços de saúde (especialmente de atenção primária) e mulheres em situação de violência, mesmo que não a revelem, tendem a usar os serviços com maior frequência do que as que não estão ou nunca estiveram nesta situação. A prevalência da situação de violência por parceiro íntimo é elevada, podendo ser estimada como acometendo cerca de 30% das mulheres.

Quando não abordado de forma adequada, o problema da violência costuma ter impacto negativo nos serviços de saúde devido ao uso frequente e à assistência pouco resolutiva: usuárias em situação de violência têm mais queixas e sintomas do que aquelas que não vivenciam estas situações. As Unidades Básicas de Saúde apresentam aspectos que as tornam um serviço privilegiado para os casos de mulheres em situação de violência: são serviços que as mulheres procuram mesmo sem queixas ou sintomas, para a prevenção; são portas de entrada do sistema de saúde; produzem atendimento longitudinal e não apenas episódico; e não implicam necessariamente em processos criminais. Por tudo isso podem ser espaços mais acolhedores desses casos.

Intervir em situações de violência não é tarefa exclusiva das esferas jurídica, policial e psicossocial, mas também da saúde, pois há sofrimentos e adoecimentos que acometem as vítimas de violência e o caráter mais crônico da violência, sobretudo nos casos domésticos, pode levar à negligência do auto cuidado e também do cuidado de outros, como idosos ou crianças, nos quais a mulher tradicionalmente é a principal responsável.

1.2. Sinais e sintomas: impactos na saúde

Mulheres em situação de violência estão mais propensas a alguns problemas de saúde comumente relacionados à violência vivida. Alguns sinais e sintomas podem despertar suspeita e facilitar a identificação dos casos, tais como:

Saúde mental

- ◆ Estresse, ansiedade, depressão, ideação suicida
- ◆ Comportamentos auto prejudiciais: abuso de álcool e drogas
- ◆ Insônia, transtorno de estresse pós traumático, síndrome do pânico
- ◆ Problemas emocionais e comportamentais das crianças

Saúde sexual e reprodutiva

- ◆ Lesões repetidas ou mal explicadas
- ◆ ISTs de repetição e HIV
- ◆ Gestações não desejadas
- ◆ Dor pélvica, dor durante o ato sexual e demais problemas sexuais
- ◆ Infecções urinárias de repetição
- ◆ Atraso no início ou não realização do pré-natal

Queixas gerais

- ◆ Dores crônicas: gastrointestinais, cefaleias
- ◆ Consultas repetidas sem diagnóstico claro
- ◆ Parceiro intrusivo nas consultas
- ◆ Falta constante à própria consulta e das crianças

Se não forem abordados de forma integrada, os processos patológicos que surgem associados à violência e ao sofrimento psicoemocional resultam em casos de difícil solução, mesmo quando se trata de patologias mais simples e bem conhecidas. Esses casos estão sujeitos a iatrogenias e tornam-se frustrantes para as profissionais.

1.3. Outros tipos de violência

Homens também podem ser vítimas de violência física e sexual por parceiros ou parceiras. Entretanto, em geral as mulheres vivem mais situações de violência sexual, além de violência física mais severa, e estão sujeitas a um maior controle por parceiros homens. Muitos princípios da abordagem para violência contra a mulher são aplicáveis em casos de violência contra homens e meninos, e para casos de violência contra a mulher perpetrada por outros membros da família.

1.4. Dois grandes desafios atuais nos serviços de saúde

Por que a mulher não conta o que está acontecendo?

- ◆ Ela sente-se envergonhada ou humilhada;
- ◆ Ela sente-se culpada pela violência;
- ◆ Tem medo de ser culpada pela violência;
- ◆ Teme pela sua segurança pessoal e pela segurança de seus filhos e filhas;
- ◆ Teve más experiências no passado quando contou sua situação;
- ◆ Sente que não tem controle sobre o que acontece na sua vida;
- ◆ Espera que o autor da violência mude como ele prometeu;

- ◆ Crê que suas lesões e problemas não são importantes;
- ◆ Quer proteger seu companheiro por razões de dependência econômica ou afetiva;
- ◆ Tem medo de perder seus filhos e filhas;
- ◆ O autor da violência a acompanha ao serviço e não a deixa só com a equipe de saúde.

Por que as profissionais não perguntam?

- ◆ As mulheres merecem ou pedem o abuso e gostam de ser agredidas, senão não ficariam com o autor da violência;
- ◆ A violência doméstica é um problema social ou legal, mas não um problema de saúde pública;
- ◆ Não saberiam o que fazer se uma mulher lhes contasse sobre suas experiências de violência e por isto têm medo de perguntar;
- ◆ A violência é um problema pessoal e privado e profissionais não têm o direito de intrometer-se neste tipo de assunto;
- ◆ As mulheres podem sentir-se ofendidas se perguntarem diretamente sobre violência;
- ◆ A violência doméstica não acontece entre mulheres profissionais ou famílias com maior poder aquisitivo;
- ◆ A pressão para atender muitas pessoas por turno não lhes permite mencionar a violência;
- ◆ As próprias profissionais sofrem /sofreram ou cometem / cometeram violência doméstica ou conhecem casos com seus familiares e esta proximidade dificulta a ação;
- ◆ Podem conhecer pessoalmente o autor da violência ou membros de sua família e assim sentirem constrangimento em abordar o tema.

2. DETECTAR: COMO PERGUNTAR?

É importante garantir privacidade e sigilo: sempre observe o espaço e a companhia antes de abordar o assunto. Nunca pergunte a respeito de violência se a mulher estiver acompanhada, em especial de crianças a partir de dois anos de idade. A companhia de outra mulher também não é garantia de segurança.

A abordagem pode ser feita de maneira direta ou indireta, sem prejuízo, desde que você não deixe de perguntar e saiba avaliar o que parece mais pertinente no atendimento.

Ainda que ela negue falar a respeito da situação de violência e você mantenha a suspeita, não a pressione. A abordagem inicial já indica à mulher que há abertura do serviço e interesse em acolhê-la, caso ela queira falar de alguma situação posteriormente. A profissional pode agendar um retorno próximo para manter a oportunidade aberta.

2.1. Perguntando diretamente em qualquer situação de violência

Perguntas possíveis:

“Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas ou sofreram abusos psicológicos e/ou sexuais 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 bate em você?”

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

“Alguém insulta ou desrespeita você?”

“Alguém tenta controlar você, por exemplo, não permitindo que saia de casa, faça ligações telefônicas ou tenha acesso a dinheiro?”

2.2. Perguntando indiretamente diante de suspeita de violência doméstica ou familiar

Perguntas possíveis:

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

“Você está com problemas no relacionamento familiar?”

“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?”

3. ACOLHER: COMO PROCEDER?

3.1. O que cabe a todas as profissionais

Não basta apenas perguntar. É necessário estar preparada para responder. Uma vez iniciada a abordagem, é necessária uma escuta atenta. Algumas condutas básicas devem ser seguidas em qualquer abordagem: não julgar, acreditar na usuária, garantir sigilo, não vitimizar e estimular uma decisão assistencial compartilhada. Informe-a que você está seguindo estes princípios. Essa abordagem é válida para todas as pessoas, ainda que muito diferentes entre si – sejam mais ou menos simpáticas, agressivas, apáticas ou dependentes. Não existe uma vítima ideal. Viver uma situação de violência não santifica as mulheres. O envolvimento das mulheres em outros conflitos não diminui o seu **direito** a uma vida sem violência.

Estes princípios gerais incluem a promoção do direito à vida sem violência e à autodeterminação (inclusive sexual e reprodutiva), acesso à informação e ao cuidado em saúde, não discriminação, privacidade e sigilo. Pode-se informar à mulher que a situação que ela está vivendo não ocorre só com ela, mas tem origem histórica, no modelo tradicional de relações entre homens e mulheres, e que não há justificativa para a violência. Combater esses modelos de relações associados à violência também é importante para reduzir a presença destes determinantes na vida das crianças.

Não se preocupe em fazer um registro imediato, principalmente se isso for desviar sua atenção do relato. É mais importante compreender bem o que ela fala, explorar pontos da narrativa e avaliar o risco imediato. Não há necessidade de interrompê-la frequentemente. Respeite o seu tempo para contar, já que o relato é uma revivência difícil.

Ela pode chorar, se emocionar e mesmo permanecer em silêncio alguns instantes. Assegure que ela se sinta confortável quanto ao que falar. Não se preocupe em obter detalhes explícitos do que aconteceu e de que forma, uma vez que isso não necessariamente altera as medidas terapêuticas. Apenas verifique a necessidade de maiores detalhes em casos de urgência na intervenção tal qual ocorre na violência sexual recente (menos de 72 horas). Sobre isso há uma norma técnica indicada nas referências bibliográficas

Deixe claro desde o princípio que o que é conversado com uma profissional de saúde é sigiloso e que os registros são confidenciais entre profissionais do serviço de saúde e pertencem a ela. É útil esclarecer também que ela não será obrigada a tomar nenhuma atitude e que as decisões serão exclusivamente dela. Os casos de violência não são distintos dos demais casos clínicos. O sigilo é protegido pela justiça e você não é obrigado a compartilhar as informações que obtém por meio de depoimentos.

Não é necessário que a mulher prove a situação de violência vivida. Apenas a pessoa que revela os fatos é responsável por responder por eles em juízo. Dar crédito ao que é dito permite, porém, realizar o acolhimento e explorar as demandas da assistência. Às profissionais cabe ouvir a mulher, considerar o seu relato e não reforçar os estereótipos de culpabilização e vitimização.

Você não precisa e nem deve verificar se os fatos relatados ocorreram como foi falado. Isso é responsabilidade da justiça.

Saiba que: segundo o art. 207 do Código de Processo Penal “são proibidas de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza um suporte de primeira linha composto por cinco itens básicos: escutar, perguntar, validar, garantir a segurança e fornecer apoio (*LIVES*, da sigla em inglês).

◆ Escutar (*Listen*)

Escutar a usuária de forma empática e sem julgamento moral.

◆ Perguntar (*Inquire needs and concerns*)

Indagar as necessidades da usuária.

◆ Validar (*Validate*)

Mostrar à usuária que você entende e dá crédito ao que ela diz. Assegure-a de que ela não tem culpa da violência sofrida.

◆ Garantir a segurança (*Enhance safety*)

Pense com a usuária um plano de segurança para protegê-la em caso de futuros episódios de violência.

◆ Apoiar (*Support*)

Apoie sua iniciativa de falar sobre a violência sofrida, orientando-a sobre o que é possível fazer e que outras pessoas e locais pode procurar para ajuda.

Nem todas as mulheres nomeiam as ocorrências como violência, podendo referir-se aos atos como ‘agressividade’ ou ‘ignorância’. Mantenha isso em mente ao iniciar a conversa, já que as usuárias podem negar se questionadas diretamente por violência uma vez que nem sempre reconhecem sua vivência dessa forma.

Considere, ainda, as potencialidades e limitações do trabalho. você não precisa:

- ◆ Ter a solução para os problemas dela;
- ◆ Convencê-la a sair de um relacionamento violento ou a realizar uma denúncia;
- ◆ Questionar o porquê das atitudes dela;
- ◆ Explorar eventos em minúcias;
- ◆ Fornecer seu telefone pessoal;
- ◆ Retê-la a contragosto na unidade de saúde;
- ◆ Chamar a polícia, exceto em casos de risco agudo, que são bem raros;
- ◆ Questionar se há motivos para a violência.

COMO AGIR

O QUE FAZER

- ⇒ Seja paciente e calma.
- ⇒ Demonstre que você está ouvindo, preste atenção, mantenha contato visual.

O QUE NÃO FAZER

- ⇒ Não pressione a usuária a contar sua história.
- ⇒ Não olhe para seu relógio ou fale muito rápido.
- ⇒ Não atenda ao telefone e nem fique escrevendo ou olhando para o computador.

SUA ATITUDE

O QUE FAZER

- ⇒ Reconheça como a usuária está se sentindo.
- ⇒ Deixe-a contar sua história no seu próprio ritmo.

O QUE NÃO FAZER

- ⇒ Não julgue o que ela fez ou não fez, ou como ela está se sentindo.
- ⇒ Não diga: “você não deveria se sentir assim”, “você deveria se sentir feliz por ter sobrevivido” ou “coitadinha”.

O QUE DIZER

O QUE FAZER

- ⇒ Deixe-a dizer o que quer.
- ⇒ Pergunte: “como podemos ajudá-la?”
- ⇒ Encoraje-a a continuar falando e pergunte: “você gostaria de me falar mais a respeito?”

O QUE NÃO FAZER

- ⇒ Não assuma que você sabe o que é melhor para ela.
- ⇒ Não a interrompa. Espere-a terminar de falar antes de fazer perguntas.

3.2. Realizando a avaliação de risco e o plano de segurança

No momento da detecção, após o acolhimento inicial e conhecimento do tipo de violência sofrida pela usuária, é necessário avaliar o risco a que está submetida, para saber se o caso é de urgência e precisa de assistência imediata ou se é possível à usuária aguardar um atendimento agendado. A seguir, três perguntas-chave para avaliar risco de morte:

“Seu companheiro tem arma ou fácil acesso?”

“Ele ameaça você de morte?”

“Você tem medo de voltar para casa?”

Se a usuária responder afirmativamente a qualquer dessas perguntas, é necessário encaminhá-la imediatamente para atendimento específico interno e/ou Centro de Referência, para que, dentre outras ações, possam elaborar um plano de segurança com a usuária, para que ela saiba como agir em um momento de risco. Também é necessário verificar se ela se encontra em isolamento social, cárcere privado, se tem rede primária de apoio com a qual possa contar/acionar (familiares, amigos, vizinhos), se sabe ler e escrever, se sabe caminhar por espaços públicos. Caso ela não aceite o encaminhamento, informe que a UBS continuará acessível, disposta a prestar a assistência devida.

4. O QUE É POSSÍVEL FAZER?

O objetivo da intervenção com mulheres em situação de violência difere daquele do modelo biomédico tradicional, assim não há uma resolução predefinida e padronizada. As possibilidades vão depender de cada caso e cabe à profissional de saúde apoiar o processo de emancipação individual/social de cada mulher. Não espere que ela tome decisões imediatamente, mas forneça as informações que ela quer/necessita. Pode ser frustrante se não parecer que ela toma medidas para mudar sua situação, entretanto, ela vai precisar de tempo e fará o que acredita ser certo para ela. Sempre respeite seus desejos e decisões. Não dê conselhos pessoais, mas ofereça – de forma empática – escuta e espaço para ela contar sua situação. Não é papel da profissional dizer o que a mulher deve fazer e sim ajudá-la a encontrar estratégias de enfrentamento da violência e a ajuda que ela definir como necessária. Assim, conversar com elas pode ser por si só um auxílio.

Há muitas razões para que as mulheres permaneçam em relações violentas. É importante não julgá-las e não pressioná-las a sair da situação. A decisão é da mulher e, se for o caso, será tomada em seu próprio tempo.

Algumas barreiras que dificultam a saída de situações de violência:

- ⇒ Ela depende financeiramente do agressor;
- ⇒ Ela acredita que as crianças precisam de um pai em casa, ainda que violento;
- ⇒ Ela acredita que esses comportamentos abusivos fazem parte de relacionamentos e que todos os homens são assim;
- ⇒ Ela teme as consequências de sua partida, inclusive o agravamento da violência, contra si e contra outros;
- ⇒ Baixa autoestima, dificuldade de crer em uma situação de vida melhor;
- ⇒ Ela sente que não tem para onde ir ou quem a apoie;
- ⇒ Ela ainda quer permanecer com ele, acredita que ele pode mudar;
- ⇒ Ela se sente responsável por ele;
- ⇒ Ela não quer ficar só;
- ⇒ Ela tem medo de sofrer represálias e julgamentos.

E se ela não denunciar à polícia?

Mesmo que ela opte por não denunciar à polícia, respeite a decisão dela. Essa não é a única alternativa, além da polícia, existem outros serviços que são referências no cuidado destas mulheres.

É importante que a mulher entenda o processo legal que vai acontecer e esteja certa de sua decisão e das consequências possíveis, quaisquer que elas sejam. As queixas de violência física com lesão registradas em boletim de ocorrência culminam em processo independentemente do desejo da mulher. A requisição de uma medida

protetiva independe de processo que ateste inocência ou culpa ou mesmo de Boletim de Ocorrência registrado em Delegacias de Polícia e é emitida após avaliação de um juiz, que tem prazo de 48 horas para emitir seu parecer. As queixas de lesão corporal leve, que representam a maioria das queixas, na maior parte dos casos não levarão à prisão do autor da violência. Ela tem direito a advogado gratuito do Estado, mas muitas vezes não sabe disto.

E se ela quiser que eu fale com seu companheiro? E se o companheiro dela também for meu paciente?

Não é uma boa ideia que você assuma esse tipo de responsabilidade. Avise-a que, caso ela queira que ele fale com alguém, deve-se considerar as repercussões e a possibilidade de piora da violência, lembrando que o mais importante é que ele queira falar com alguém. É muito difícil coordenar o cuidado de ambos os parceiros quando há violência na relação. É necessário estar atento ao princípio de não maleficência, pois não se sabe de que maneira esta ação pode impactar o risco de violência. A melhor prática é que outra profissional assuma o cuidado de um deles, garantindo a confidencialidade. Não ofereça terapia de casal e nem se voluntarie para falar com o companheiro. Lembre-se de que, se você usar a sua autoridade para ‘dar uma dura’ ou ‘ouvir o outro lado’, estará diminuindo a posição de sujeito da mulher ou colocando-se como o juiz do caso, o que você não é. Isto também visa sua própria segurança.

4.1. Fluxo de encaminhamento interno do serviço de saúde

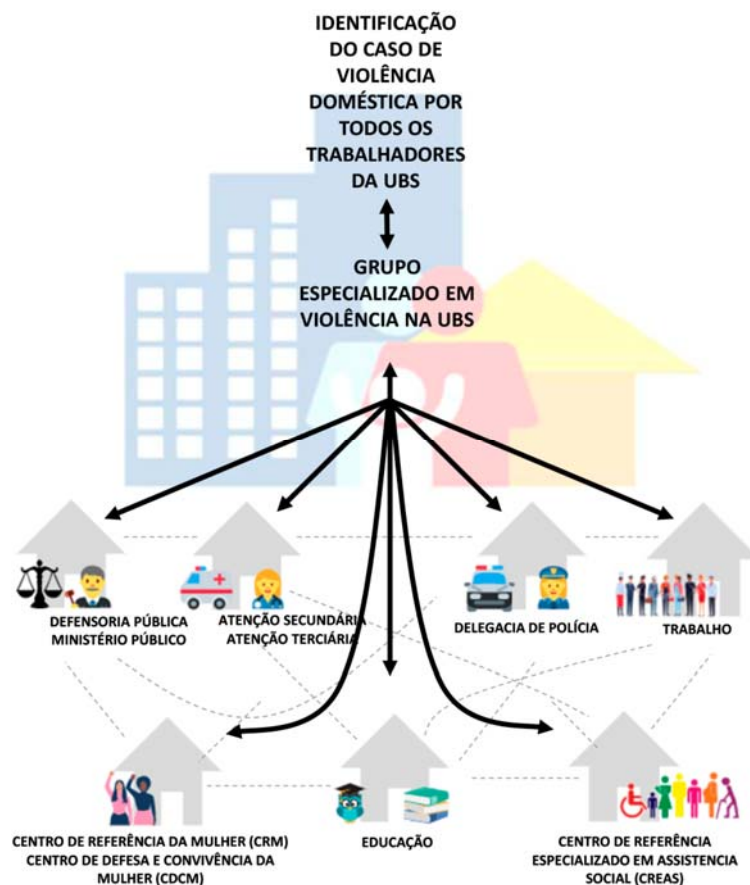
Diante da detecção ou suspeita de situação de violência, cabe ao profissional de saúde garantir acolhimento e oferecer encaminhamento. Se sua unidade tem profissionais específicos para o atendimento à situação de violência (NPV, Cultura de paz, protocolos internos, etc) ofereça o encaminhamento para a usuária. Caso não tenha, há possibilidade de que exista um fluxo externo ou de que parcerias possam ser firmadas.

Deve-se declarar que tudo o que for falado é sigiloso, que ninguém merece sofrer violência, que a unidade tem um serviço para ajudá-la e respeitar sua autonomia. A opção de seguir o encaminhamento fica a critério da usuária e é necessário respeitar seu tempo de decisão. Caso esse encaminhamento seja realizado, deve ser registrado.

Se a mulher concordar em passar por atendimento específico voltado para violência na unidade e faltar à consulta, a equipe deve decidir se é oportuno e seguro realizar nova convocação, considerando-se as possibilidades combinadas com cada usuária. Esta possibilidade deve ser discutida com ela no primeiro atendimento, para que o serviço tenha condições de avaliar se é possível e seguro convocar para novo atendimento por telefone (e em que horário), e-mail, celular ou mesmo visita domiciliar. Se a mulher não quiser o atendimento neste momento, manter a porta aberta caso futuramente ela tenha interesse.

Conforme fluxo indicado na figura abaixo, após a identificação no caso de violência, a profissional deve oferecer a usuária o atendimento pelo grupo especializado do serviço—NPV, Cultura de Paz, Protocolos Internos, etc. Caso recuse, não insista, mas diga que o serviço está disponível caso ela queira.

Cabe ao grupo especializado oferecer e articular os encaminhamentos para os serviços da rede intersectorial de enfrentamento a violência doméstica.



4.2. Fluxo de encaminhamento externo a rede de serviços

A violência contra a mulher é um agravo que necessita de uma combinação de diferentes tipos de assistência em diversos setores. Em geral, existem nos municípios redes de serviços especializados aptas a auxiliar a mulher na garantia de seus direitos dentro de sua capacidade de resolução:

- ⇒ Serviços de saúde (UBS, CAPS, CTAs, Hospitais);
- ⇒ Centro de Referência da Mulher (CRM);
- ⇒ Centro de Defesa e Convivência da Mulher (CDCM);
- ⇒ Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS);
- ⇒ Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Fórum);
- ⇒ Delegacia (comum ou da mulher);
- ⇒ Defensoria Pública;
- ⇒ Ministério Público;
- ⇒ Pontos de economia solidária;
- ⇒ Abrigos;
- ⇒ ONGs feministas ou ligadas à saúde da mulher e aos direitos humanos.

O Centro de Referência da Mulher e o Centro de Defesa e Convivência da Mulher em geral são os equipamentos da rede intersetorial que melhor podem auxiliar as profissionais de saúde no cuidado da mulher, pois contribuem para o fortalecimento e resgate da cidadania da mulher. Nestes serviços as usuárias têm acesso à orientação psicossocial, grupos terapêuticos e orientação jurídica. As usuárias podem participar de oficinas, o que também lhes permitem passar mais tempo fora de situações de risco e a possibilidade de criar vínculos, desenvolvendo uma rede de apoio informal, já que a situação de violência costuma deixar a usuária em situação de isolamento social.

Seja qual for o encaminhamento, é necessário orientar a usuária sobre a função do equipamento para o qual foi encaminhada, sobre o que é possível conseguir nesta assistência específica e orientá-la sobre como chegar ao local. É importante também que profissionais de saúde conheçam os outros serviços da rede intersetorial e mantenham comunicação com os mesmos. Para conhecer mais serviços de São Paulo, acesse: <http://www.redededefesadedireitos.com.br/>

4.3. O papel de cada profissional

A OMS identifica quatro tipos de necessidades das usuárias a serem detectadas no serviço:

- ⇒ necessidades emocionais e psicológicas imediatas;
- ⇒ necessidades de segurança atuais;
- ⇒ necessidades de saúde física atuais;
- ⇒ necessidades de saúde mental e suporte a médio e longo prazo.

As necessidades elencadas não são de competência exclusiva de uma categoria profissional e o trabalho em equipe permite as melhores intervenções. O contato com a situação de violência em que a usuária se encontra e o tipo de assistência prestada podem ser de diferentes formas entre profissionais, levando em consideração: a) as competências específicas de sua função; e b) o contexto em que a assistência é prestada (na instituição ou no território).

Em caso de detecção de qualquer forma de violência, caso a usuária aceite ser encaminhada para o atendimento específico no interior da unidade, assinale o encaminhamento no prontuário.

O registro dos casos é importante para fornecer um cuidado longitudinal e garantir a comunicação entre profissionais responsáveis pela assistência. O registro das agressões relatadas pela usuária e verificadas no exame clínico podem servir como apoio, caso a via jurídica seja acionada em algum momento. Diga à mulher o que pretende escrever e o porquê, explicando e negociando com ela o que ficará registrado.

A notificação de casos de violência contra a mulher está amparada pela Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória no território nacional em serviços de saúde públicos ou privados. Tem fins epidemiológicos, possibilitando a construção de políticas públicas mais eficazes. A notificação tem caráter sigiloso e não cumpre a função de denúncia, mas de produção de dados para a real dimensão deste agravo.

4.3.1. Agente comunitária de saúde

A agente comunitária de saúde (ACS) é peça-chave na integração da unidade com o território. Essa característica de intimidade com o território permite ampliar o acesso à saúde, mas requer mais cuidado para garantir segurança. Existe uma maior proximidade com as usuárias, pois o contato não se encerra quando o dia de trabalho acaba. Assim, é muito importante saber diferenciar o que faz sentido em um contexto e no outro. As informações obtidas no espaço de trabalho são confidenciais e só podem ser partilhadas com profissionais também obrigadas ao sigilo, se necessário para o cuidado da usuária.

Como profissional, a agente comunitária de saúde deve, no que diz respeito à violência, divulgar os serviços da unidade e os demais da região, ressaltando que são abertos e ela não será forçada a tomar nenhuma decisão. Seu discurso deve ser de promoção da autonomia das mulheres, de não julgamento e de reconhecimento do direito a uma vida digna. As ACSs não devem ser responsabilizadas pelo cuidado aprofundado ou por ações de detecção de violência nas casas, por exemplo, agindo como “olheiras” do serviço de saúde.

4.3.2. Medicina e enfermagem

Cabe a estas profissionais promover agilidade e eficácia no fluxo de atendimento institucional. Tanto médicas como enfermeiras devem registrar em prontuário a descrição das lesões ou achados suspeitos, em caso de violência física/sexual, além do relato descrito pela usuária.

A enfermagem tem papel crucial em realizar o acolhimento, identificar condutas imediatas, priorizar o atendimento, organizar o fluxo e conduzir a usuária a local adequado (sala de procedimentos ou sala reservada) e acionar demais profissionais, conforme a situação requeira.

As médicas são capazes de realizar diagnósticos diferenciais em casos de queixas crônicas e avaliar a gravidade em casos de queixas agudas, encaminhar, se necessário, ao pronto socorro, realizar profilaxias, indicações de vacinas e prescrições e referenciar à rede secundária e terciária, conforme necessário.

Cuidado com a medicamentação. Há evidência, por exemplo, de que a prescrição rotineira de benzodiazepínicos pode estar relacionada ao desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós Traumático. Não prescreva rotineiramente benzodiazepínicos para insônia e perceba que, embora por vezes necessário, os antidepressivos não são “remédio” para violência.

4.3.3. Psicologia

A psicóloga pode prestar assistência regular de médio ou longo prazo às usuárias que necessitem de acompanhamento psicológico. Dessa forma é possível estimular que a mulher trabalhe seu projeto de vida, reflita sobre decisões e concepções acerca do ‘ser mulher’, tendo em vista sua trajetória e referenciais, buscando fortalecer sua autonomia e auxiliá-la na tomada de decisões.

O registro em prontuário deve cumprir a função de meio de comunicação entre profissionais e ser sucinto nas informações fornecidas em atendimento a fim de preservar a usuária. Caso a psicóloga ache pertinente registrar detalhes do caso, é possível fazer um registro extra, arquivado em pasta especial, acessada somente mediante solicitação formal.

Cabe a profissional estar preparada para garantir o acesso à informação da usuária e realizar encaminhamentos pertinentes, visando dar suporte e complementar as ações assistenciais.

4.3.4. Serviço social

A profissional do serviço social é responsável pela avaliação socioeconômica da usuária, visando a garantia de direitos. Desta forma, irá facilitar seu acesso à alimentação, habitação, educação e renda, entre outros aspectos da vida civil que são direitos resguardados por lei. A garantia de direitos não se restringe a questões trabalhistas e de família.

No âmbito institucional, a profissional do serviço social é capacitada para avaliar e levantar as demandas e detectar características do perfil da população por meio de investigação e documentação técnica, podendo trazer informações de relevância para a intervenção das equipes no território, inclusive possibilitando a reorganização dos recursos institucionais.

5. SITUAÇÕES DE RISCO: PLANOS DE SEGURANÇA

5.1. No território

Para essas profissionais, o contexto em que a assistência é prestada apresenta variáveis adicionais a serem consideradas, já que no território, o ambiente é menos protegido e as ações dos profissionais devem sempre garantir a preservação de sua segurança. Em uma visita domiciliar é possível presenciar uma cena violenta ou mesmo ouvir um desabafo e ser solicitada a mantê-lo em segredo. Nestas situações, a orientação é: não tome nenhuma decisão solitária, todas as decisões devem ser tomadas em conjunto com a equipe.

Atenção para não intervir se estiver sozinha: é preferível convocar a usuária à unidade caso seja surpreendida por um relato. Não adianta tentar apartar uma briga já em andamento, pois não há garantia para a sua segurança e pode-se colocar a usuária em risco ainda maior.

Há contextos em que pode haver risco em se chamar a polícia ao local. Não tome essa iniciativa sozinha. Esteja sempre atenta a quem pode ouvir o que se fala; como dito anteriormente, ainda que sem consciência do que fazem, crianças com idade igual ou maior que dois anos podem relatar o que foi conversado. A unidade é um ambiente mais protegido e convocar a usuária permitirá que a conversa seja de melhor qualidade e que outros recursos sejam acionados.

5.2. Na unidade

- ⇒ Não dê conselhos.
- ⇒ Não faça acusações.
- ⇒ Seja agente ativa ao garantir o sigilo e restringir a circulação de informações do caso (coibir a fofoca).
- ⇒ Se possível, não atenda o companheiro (passe para outra profissional).
- ⇒ Busque apoio de outros serviços e não tome iniciativas caso se sinta insegura sobre como agir.
- ⇒ Não divulgue seu telefone pessoal ou endereço.
- ⇒ Não dê orientações ou realize intervenções no corredor.
- ⇒ Caso seja questionada por um usuário, não atribua a tomada de alguma decisão exclusivamente a uma colega. Informe que as decisões são tomadas em equipe, de acordo com o combinado com a usuária.
- ⇒ Em caso de risco de agressão, procure ficar próxima a uma via de saída.
- ⇒ Em caso de fala exaltada, deixe claro quais são as normas do local e que a assistência não se dará enquanto elas não forem obedecidas.
- ⇒ Em caso de agressão verbal, não insulte ou invista contra o autor da violência, mantenha o diálogo e uma distância segura.
- ⇒ Em caso de agressão verbal ou física, convoque a equipe e a segurança do local. Isso pode minimizar a violência e permite que haja testemunhas. As atividades podem ser interrompidas para priorizar o manejo da situação. Em caso de violência física, não permaneça no local e avise a equipe.

- ⇒ A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) deverá ser emitida em qualquer caso de agressão física ou verbal, acionando-se o Ministério do Trabalho. A prioridade, porém, é garantir a segurança e a assistência de potenciais vítimas, incluindo a elaboração do relatório médico e o registro das lesões.
- ⇒ Não acione a polícia sem antes considerar os impactos na segurança da equipe e da usuária.
- ⇒ Não passe informações da usuária (dia e hora de consulta, etc.), para outras pessoas, como familiares, filhos, cônjuge e etc.
- ⇒ É possível pedir medida protetiva para profissionais específicas ou mesmo para todo o serviço.
- ⇒ Frente à percepção de risco ou ameaças, não guarde isso para si. Leve a questão para a equipe e a gerência. Códigos podem ser combinados com a administração para que a profissional que se perceba em perigo possa acioná-los discretamente.
- ⇒ Caso tenha dúvidas éticas ou quanto a mecanismos de amparo, contate seu sindicato ou conselho regional.
- ⇒ É recomendável que o serviço mantenha um registro detalhado de eventuais ocorrências, por exemplo, por meio de uma ouvidoria.
- ⇒ Em casos de risco especial para profissionais que atuam no território, a equipe pode protocolar um registro sobre local e horário de retorno previsto e acionar a administração em caso de não retorno.

6. APOIO INSTITUCIONAL

O compromisso institucional é essencial para que usuárias e profissionais sintam-se confiantes para falar sobre a violência e para a implantação deste tipo de assistência. Cabe à gerência apoiar as ações da equipe, para que a comunicação seja direta e aberta, permitindo que compartilhem suas percepções e opiniões, bem como experiências, sem custo pessoal.

A instituição pode desenvolver protocolos, fazer parcerias e reorganizar o espaço. Limitar o acesso a áreas restritas a profissionais, como vestiários e refeitórios, pode reforçar a segurança. Os consultórios devem ter mobília sem partes afiadas, de preferência fixada ao chão, disposta de modo a não isolar a profissional da saída. Não deve haver obstáculos no trajeto de saída.

A recepção é também um espaço para exercício do sigilo. As funcionárias não devem passar informações sobre a usuária para outros que não a mesma (se tem atendimento agendado, qual data, exames, etc). Não devem revelar informações e devem acionar a instituição sobre casos de insistência em obter estas informações.

A unidade pode se organizar para que o espaço da UBS emita sinais claros de que é um lugar aberto e preocupado com esta questão, fazendo uso de cartazes, folders, bottons etc. em locais de fácil acesso a mulheres, como os banheiros.

É importante fortalecer parcerias e fluxos para atender às demandas resultantes, que não são apenas imediatas. Necessidades e condutas podem ser identificadas buscando-se ativamente acessar os medos e as vivências da equipe por meio, por exemplo, da realização de reuniões e da geração de dados. É possível pensar com as profissionais quais seriam os melhores indicadores e como levantá-los, de forma a traçar um perfil da assistência prestada.

Isso pode ajudar a avaliar e desenvolver as estratégias, bem como dar uma devolutiva sobre os casos, como, por exemplo:

- ⇒ número de casos de violência identificados;
- ⇒ número de pessoas encaminhadas para o atendimento específico da unidade;
- ⇒ número de pessoas encaminhadas para a rede de atendimento a mulheres em situação de violência;
- ⇒ número de pessoas atendidas no atendimento específico da unidade;
- ⇒ encaminhamentos que realmente chegaram aos serviços da rede;
- ⇒ tipos de violência encaminhados (autor da violência, padrão de agressão);
- ⇒ características sociodemográficas das mulheres encaminhadas;
- ⇒ referências anteriores utilizadas pelas mulheres;
- ⇒ avaliação da mulher e das profissionais sobre o processo e os resultados alcançados.

A cultura institucional tem parte fundamental na promoção da não violência. A mobilização ativa é crucial, com resposta imediata de não tolerância frente à violência, inclusive entre profissionais e nas casas. As usuárias devem saber que esta é a postura da unidade – um exemplo é a exposição de cartazes de campanhas de conscientização. É necessário também buscar respaldo das instâncias hierarquicamente superiores, como o órgão interlocutor de violência da área da saúde.

7. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. LEI MARIA DA PENHA. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 43, n. 2, p. 299-311, Apr. 2009 .

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, “Convenção De Belém Do Pará”. Disponível em <http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Promulgada pelo Decreto nº 1973, de 01/08/1996.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Unesp, 2005.

Schraiber, Lilia Blima; D'Oliveira, Ana Flávia P. L. “O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica”. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos - Novas Questões para o Campo da Saúde. 2ª edição, 2003.

WHO. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. World Health Organization. Issue Date: 2014.

WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization. Issue Date: 2013.

WHO. International Labour Office/International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services International. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva, International Labour Office, 2002.



MEDICINA

USP



Medicina Preventiva
FMUSP