

MANUAL DE CAPACITAÇÃO
PROFISSIONAL
PARA ATENDIMENTOS
EM SITUAÇÕES DE
VIOLÊNCIA

LUÍSA F. HABIGZANG
ORGANIZADORA

PUCRS

 **CNPq**
Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico

 **CEVS**
centro estadual de
vigilância em saúde RS

GPeVVIC

**MANUAL DE CAPACITAÇÃO
PROFISSIONAL
PARA ATENDIMENTOS
EM SITUAÇÕES DE
VIOLÊNCIA**

Autores

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas
Ilana Luiz Fermann
Jean Von Hohendorff
Laura Nichele Foschiera
Luísa F. Habigzang
Priscila Lawrenz
Thays Carolyna Pires Mazzini Bordini

Organização

Luísa F. Habigzang

Instituição Parceira

Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)
Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos
Não Transmissíveis CEVS
Andreia Novo Volkmer
Márcia Fell
Regina Michel

MANUAL DE CAPACITAÇÃO
PROFISSIONAL
PARA ATENDIMENTOS
EM SITUAÇÕES DE
VIOLÊNCIA

LUÍSA F. HABIGZANG
ORGANIZADORA

PUCRS

 **CNPq**
Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico

 **CEVS**
Centro estadual de
vigilância em saúde RS

 **GPeVViC**

© DOS AUTORES 2018

CAPA Camila Borges

DIAGRAMAÇÃO Rodrigo Braga

REVISÃO DE TEXTO Da Autora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M294 Manual de capacitação profissional para atendimentos em situações de violência [recurso eletrônico] / coordenação Luísa F. Habigzang. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : PUCRS, 2018.
Recurso on-line (46 p.)

Modo de acesso: <http://www.pucrs.br/edipucrs/>
ISBN 978-85-397-1121-5

1. Violência urbana – Rio Grande do Sul. 2. Saúde pública. I. Habigzang, Luísa F. II. Grupo de Pesquisa Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínicas. III. Centro Estadual de Vigilância em Saúde (RS). Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos

CDD 23. ed. 363.32098165

Lucas Martins Kern – CRB-10/2288

Setor de Tratamento da Informação da BC-PUCRS

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfílmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos, videográficos. Vedada a memorização e/ou a recuperação total ou parcial, bem como a inclusão de qualquer parte desta obra em qualquer sistema de processamento de dados. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração. A violação dos direitos autorais é punível como crime (art. 184 e parágrafos, do *Código Penal*), com pena de prisão e multa, conjuntamente com busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610, de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA.....	9
ACOLHIMENTO	21
NOTIFICAÇÃO	31
ENCAMINHAMENTOS.....	35
SUGESTÕES PARA CONSULTA	43

APRESENTAÇÃO

O presente manual é resultado de um projeto de pesquisa do Grupo de Pesquisa Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínicas (GPeVVIC) em parceria com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde - Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Rio Grande do Sul. Esta pesquisa possui duas fases. Na primeira, objetiva-se traçar o perfil das situações de violência notificadas (*i.e.*, maus-tratos, agressões físicas, psicológicas, sexuais, autoagressão) ocorridas contra crianças, adolescentes, adultos e idosos no estado do Rio Grande do Sul no período entre 2010 e primeiro semestre de 2014. Na segunda, objetiva-se capacitar os profissionais da saúde das 19 coordenadorias regionais de saúde do Rio Grande do Sul para identificação, acolhimento, notificação e encaminhamentos das situações de violência atendidas pelo sistema de saúde.

A violência pode ocorrer nos mais variados contextos e ser perpetrada por diferentes pessoas. Sendo assim, configura-se como um fenômeno que perpassa todos os níveis sociais, idades, culturas e gênero⁵. Embora dados precisos sejam difíceis de serem obtidos, estima-se que, a cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas morram vítimas das mais variadas formas de violência em todo o mundo². Diante deste panorama, são desenvolvidas políticas para o enfrentamento desta realidade.

No Brasil, a notificação de situações de violência é compulsória para todos os profissionais e responsáveis por serviços públicos e privados de saúde³. Por meio da notificação os órgãos de proteção atuam no rompimento do ciclo de violência do caso notificado para proteger a vítima. Além disto, possibilita o mapeamento das características (*e.g.*, perfil da vítima, agressores) das situações de violência e sua prevalência, os quais podem ser utilizados na proposição de políticas de prevenção.

Para que a notificação seja realizada de forma adequada, é importante que os profissionais tenham capacitação. Ao realizar a notificação

é necessário que os profissionais saibam identificar situações de violência, acolher as vítimas e quais encaminhamentos fazer. No entanto, verifica-se que os profissionais apresentam dificuldades para atuar em situações de violência devido, principalmente, à escassa abordagem desta temática em cursos de graduação⁴.

Este manual foi desenvolvido para a segunda fase da pesquisa que envolve a capacitação de profissionais da saúde. Os aspectos abordados neste manual são: identificação de situações de violência, acolhimento de usuários do sistema de saúde que experienciaram situações de violência, notificação de casos de violência e encaminhamentos necessários.

Referências

¹Sacramento, L. T., & Rezende, M. M. (2006). Violências: Lembrando alguns conceitos. *Aletheia*, 24, 95-104.

²Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data.

³Brasil (1975). Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Brasília, DF.

⁴Gonçalves, H. B. & Ferreira, A. L. (2002). Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 315-319.

IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA

A **violência** caracteriza-se por atos intencionais que objetivam prejudicar ou causar danos a si, aos outros ou a um grupo/comunidade, os quais podem envolver o uso da força física e/ou poder. Em razão disso, essas ações têm o potencial de resultar em (1) **danos físicos**, como a redução de mobilidade ou autonomia da vítima devido a lesões físicas; (2) **danos psicológicos**, como baixa autoestima e ansiedade; e (3) **danos sociais**, como dificuldades interpessoais, prejuízos acadêmicos e laborais. A omissão ou recusa de fornecer os cuidados básicos para a sobrevivência e bem-estar por parte dos cuidadores é identificada como **negligência**. Esta se caracteriza por não atender adequadamente às necessidades essenciais de crianças, adolescentes e idosos².

Identificar e diferenciar os tipos de violência contribui para o planejamento e desenvolvimento de ações preventivas e de atendimento às vítimas. A violência pode ser categorizada em três grupos: violência autoinfligida, violência interpessoal e a violência coletiva¹.

A **violência autoprovocada ou autodirecionada** abrange as ações de agressão que o indivíduo comete contra si de forma intencional. Esta forma de violência geralmente é identificada nos comportamentos de automutilação (*e.g.*, cortar-se ou queimar-se) e no abuso de substâncias. A violência autoinfligida também pode ser reconhecida nos comportamentos suicidas, os quais incluem desde pensamentos suicidas, tentativas de suicídio (ou parasuicídio) e suicídios completos².

A **violência interpessoal** refere-se às agressões intencionais contra outro(s) indivíduo(s). As agressões identificadas como violência interpessoal podem ser categorizadas como violência intrafamiliar e violência na comunidade². A violência intrafamiliar pode ser definida como as ações intencionais de agressão física, psicológica, sexual ou negligência que impedem, retardam ou interrompem o desenvolvimento físico e psi-

cossocial das vítimas^{1,2}. A violência na comunidade caracteriza-se pelas ações de violência contra pessoas que convivem no mesmo contexto comunitário, as quais podem não manter qualquer vínculo familiar, e até não se conhecerem. Este tipo de violência geralmente ocorre em espaços públicos, envolvendo ações como agressões físicas, violência sexual, dano ao patrimônio público, entre outras formas de agressões que objetivem causar um dano intencional².

A **violência coletiva*** engloba as ações motivadas por diferenças nas crenças religiosas e valores sociais ou por violência gerada pelo estado. A violência coletiva pode ser subdividida em violência social, a qual abrange as ações terroristas e crimes devido a diferenças de valores sociais, como crimes motivados pela homofobia. Outra categoria da violência coletiva é a violência política, a qual pode ser identificada nos casos de guerras civis. Por fim, a violência econômica caracteriza-se como uma das formas da violência coletiva, a qual se caracteriza pela exploração da força de trabalho e pelo trabalho escravo².

Dados epidemiológicos indicam que os índices de violência interpessoal no contexto intrafamiliar são elevados e constituem um problema de saúde pública. As principais vítimas de violência intrafamiliar são crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

A violência contra **crianças e adolescentes** abrange negligência, violência física, violência sexual, violência psicológica e exploração infantil¹. A **negligência** pode ser identificada nos padrões de comportamento dos pais e cuidadores de não atender às necessidades básicas para o desenvolvimento da criança ou do adolescente¹. Por exemplo, podem ser reconhecidas na omissão de cuidados básicos, tais como não auxiliar as crianças e adolescentes em relação à sua higiene (*e.g.*, não dar banho em bebês), alimentação (*e.g.*, não alimentar as crianças) e privá-las de afeto. A forma mais grave de negligência é o abandono (*e.g.*, deixar crianças e adolescentes sem supervisão).

A **violência física** ocorre quando o(a) agressor(a) utiliza intencionalmente sua força física para agredir e/ou ameaçar a vítima, uma ou repetidas

vezes¹. As ações de violência física podem ser identificadas por meio de hematomas, escoriações, cortes, fraturas e queimaduras. As agressões físicas diferenciam-se de machucados acidentais, por geralmente serem frequentes em partes do corpo que apresentam reduzidas chances de serem acidentais (e.g. nas costas, quadris, entre outros).

A **violência sexual** é compreendida como todo ato ou jogo sexual, homo ou heterorrelacional, cujos agressores estejam em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a vítima. As ações de violência sexual caracterizam-se por situações em que não existem contatos físicos (e.g., assédio verbal, exposição à material pornográfico, *voyeurismo*) e situações em que ocorre contato físico sem penetração (e.g., sexo oral, carícias) ou com penetração (e.g., digital, intercurso genital ou anal). As ações do(a) agressor(a) têm por finalidade estimular sexualmente ou utilizar a criança¹ ou adolescente para obter estimulação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas às vítimas por meio de violência física, ameaças ou indução de sua vontade. O comércio de crianças e adolescentes, a situação de exploração sexual e a pornografia visando o lucro também são consideradas formas de violência sexual¹.

A **violência psicológica** diz respeito às ações intencionais, assim como omissões, realizadas pelos pais e cuidadores que impossibilitam que o ambiente em que as crianças e adolescentes vivem se constitua como um espaço seguro e encorajador ao desenvolvimento¹. A violência psicológica geralmente ocorre sob forma de agressões verbais e incluem atitudes de rejeição, isolamento, desrespeito e cobranças exageradas¹.

Por fim, a **exploração infantil** ocorre quando o adulto utiliza a criança como ator da violência em práticas ilegais como tráfico, exploração sexual ou exploração no trabalho¹. Essas práticas não são condizentes com a idade das crianças e adolescentes e normalmente exigem ampla carga horária de trabalho. Nesses casos, as crianças e os adolescentes são obrigados

¹ *A violência coletiva não é objeto de notificação do SINAN. Entretanto, o trabalho escravo é notificado.

a participar dessas práticas ilegais muitas vezes em troca de moradia e comida. Importante ressaltar que a exploração infantil causa prejuízo à integridade física, psicológica e moral das vítimas^{1, 2}.

As **mulheres**, frequentemente, sofrem violência intrafamiliar. As principais formas de violência contra mulheres são violência física, violência psicológica, violência sexual, violência patrimonial e violência moral. A **violência física** é qualquer ato com o objetivo de ferir ou de machucar o corpo da vítima. A **violência psicológica** é caracterizada por condutas como humilhação, ameaças, jogos de poder, xingamentos, desprezo que, geralmente, resultam em danos emocionais (*e.g.*, baixa autoestima, tristeza). A **violência sexual** é definida por situações em que o(a) agressor(a) obriga a vítima a manter, presenciar ou participar de relações sexuais não desejadas. Também se refere à violação de direitos reprodutivos. A **violência patrimonial** está relacionada à retenção, subtração, destruição total ou parcial de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, além de valores ou recursos econômicos da vítima. Já a **violência moral** é caracterizada por qualquer conduta do(a) agressor(a) que configure calúnia, difamação ou injúria à pessoa (Lei 11.340, 2006).

A violência contra a mulher é compreendida como violência de gênero e é frequente nas relações conjugais. A violência conjugal pode ser reconhecida apenas em situações em que a vítima e o agressor possuem um relacionamento íntimo, independentemente de este relacionamento ser oficializado legalmente e/ou dos cônjuges morarem na mesma residência³.

A violência contra **idosos** é uma ação (única ou repetida) ou omissão que cause dano ou aflição e resulte, na maioria das vezes, em sofrimento, lesão, dor, perda dos direitos humanos e redução da qualidade de vida². A violência contra o idoso pode ser manifestada por meio da **violência física**, tal como o uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte, ou para obrigar o(a) idoso(a) a fazer o que não deseja. A **violência psicológica** compreende agressões verbais ou gestuais com o objetivo de humilhar, restringir a liberdade ou isolar o(a) idoso(a) do convívio social. A **violência sexual** refere-se aos atos ou jogos sexuais de caráter homo

ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas visando obter excitação, ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. A **violência financeira e econômica** consiste na exploração imprópria, ilegal ou não consentida dos bens financeiros e patrimoniais do idoso².

A negligência e o abandono também podem ser identificados como formas de violência contra os idosos. A **negligência** refere-se à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte de responsáveis familiares ou institucionais³. As ações de negligência geralmente estão associadas a outros tipos de violência que geram lesões e traumas, principalmente em idosos com autonomia reduzida. Por fim, o **abandono** caracteriza-se pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a um idoso que necessite de proteção⁴.

A violência é um fenômeno multifacetado, ou seja, envolve fatores pessoais, relacionais, contextuais, sociais e culturais. Deve-se estar atento(a) a todos esses fatores para que se tenha maior compreensão no atendimento de situações de violência. A violência de gênero, por exemplo, pode envolver a baixa autoestima da vítima e o uso de álcool pelo(a) agressor(a) (i.e., fator pessoal), dificuldades de comunicação com o(a) cônjuge (i.e., fator relacional), possíveis estressores como desemprego e dificuldades financeiras (i.e., fator contextual) e o patriarcalismo e machismo (i.e., fatores sociais e culturais). Diante disso, é evidente que não se pode atribuir somente à mulher a responsabilidade por estar na situação em que se encontra, bem como determinar somente um motivador ao comportamento do agressor. Geralmente, as mulheres não percebem alternativas a não ser a de permanecer em silêncio e suportar as agressões. O medo do que possa acontecer após uma revelação (e.g., julgamento de familiares, cumprimento de ameaças pelos agressores), aliado à vergonha são os principais motivos pelos quais as vítimas permanecem em silêncio. Por outro lado, os agressores podem buscar interromper seu comportamento violento, mas acabam falhando devido à falta de ajuda (i.e., intervenções preventivas e tratamento efetivo). Em

síntese, as situações de violência são determinadas por múltiplos fatores e os profissionais devem estar atentos à complexidade dessas situações.

Caracterização da violência no RS

O Grupo de Pesquisa Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínicas (GPeVVIC) realizou uma parceria com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul (CEVS/RS) com o objetivo de avaliar as situações de violência contra crianças, adolescentes, adultos e idosos notificadas por meio da Ficha Individual de Notificação (FIN-SINAN) no período entre 2010 e o primeiro semestre de 2014 no estado. Os dados permitiram a identificação de características das vítimas (*e.g.*, idade, cor e escolaridade), das situações de violência (*e.g.*, formas de violência e local de ocorrência), dos agressores (*e.g.*, sexo, relação com a vítima e suspeita de uso de álcool) e encaminhamentos na rede de saúde e de proteção realizados.

Foram analisadas 22.317 situações de violência contra crianças e adolescentes. A média de idade das vítimas era de 10,05 anos (DP = 5,41), a maioria era do sexo feminino (60,2%), de cor branca (73,3%), com ensino fundamental incompleto (40,4%) e residente da zona urbana (86,6%). As situações de violência ocorreram, em sua maioria, na zona urbana (84,5%) e na residência da vítima (65,2%). As formas de violência incluíram agressões físicas (43,1%), psicológicas (31,1%), sexuais (31,0%), negligência (25,2%) e autoprovocada (6,9%). Em apenas 4,1% dos casos de violência sexual foi realizada profilaxia para DST's e em 1,9% foi realizada contracepção de emergência. Quanto aos agressores, a maioria era familiar da vítima, como mãe (25,2%), pai (20,0%), padrasto (7,9%) e madrasta (6,1%). O ambulatório (65,9%) e a internação hospitalar (11,3%) foram os encaminhamentos em saúde mais frequentes. Já os encaminhamentos para a rede de proteção incluíram Conselho Tutelar (60,0%), CRAS ou CREAS (13,0%), Ministério Público (9,8%), Vara da Infância e da Juventude (5,6%) e Casa Abrigo (2,1%).

Em relação às situações de violência contra adultos ($n = 29.103$), a média de idade das vítimas foi de 34,41 anos ($DP = 10,82$), a maioria era do sexo feminino (72,2%), de raça branca (78,9%), com ensino fundamental incompleto (32,3%), casada (41,5%) e residente da zona urbana (83,3%). Em 3,7% dos casos, a vítima de violência era gestante. As situações de violência ocorreram, em sua maioria, na zona urbana (79,3%) e na residência da vítima (67,1%). As formas de violência incluíram agressão física (69,3%), psicológica (35,6%), autoprovocada (23,3%), sexual (3,9%) e negligência (2,3%). Em apenas 1,7% dos casos foi realizada profilaxia para DST's e em 1% foi realizada contracepção de emergência. Quanto aos agressores, a maioria era cônjuge/companheiro(a) da vítima (25,7%), um(a) desconhecido(a) (9,9%), um(a) amigo(a) conhecido(a) (8,7%) e ex-cônjuge/companheiro(a) (8,2%). Os agressores eram, em sua maioria, do sexo masculino (67,5%). Em 30,8% dos casos, o agressor havia feito uso de bebida alcoólica. O ambulatório (54,9%) e a internação hospitalar (14,6%) foram os encaminhamentos em saúde mais frequentes. Os encaminhamentos para a rede de proteção incluíram delegacias (29,7%), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (14,3%), Centros de Referência da Mulher (8,1%) e CRAS ou CREAS (7,2%).

A análise das situações de violência contra idosos ($n = 4.222$) indicou que a média de idade das vítimas era de 71,45 anos ($DP = 8,9$), a maioria era do sexo feminino (58,1%), de raça branca (82,8%), com ensino fundamental incompleto (41,7%), casada (36,3%) e residente da zona urbana (76,6%). As situações de violência ocorreram, em sua maioria, na zona urbana (74,8%) e na residência da vítima (77,7%). Em 41,9% dos casos, a violência já havia ocorrido outras vezes. O agressor era, em sua maioria, filho(a) da vítima (29,6%), cônjuge/companheiro(a) (11,3%), um desconhecido (7,8%) e amigo(a) conhecido(a) (7,4%). Em 53,3% dos casos, os agressores eram do sexo masculino e em 21,7% haviam feito uso de bebida alcoólica. Os encaminhamentos para a rede de proteção incluíram delegacias (26,3%), CRAS ou CREAS (16,9%) e Ministério Público (10,6%).

Consequências da violência para o desenvolvimento humano

A complexidade das situações de violência e a especificidade de cada forma de agressão dificultam a identificação de sintomas ou transtornos específicos decorrentes da violência³. Observa-se que as ações de agressão produzem um impacto negativo na qualidade de vida e desenvolvimento da vítima, o qual pode ser reconhecido em diversos sintomas. Pessoas expostas à violência podem apresentar alterações cognitivas (*e.g.*, prejuízos na memória, atenção e funções executivas), desregulação emocional (*e.g.*, irritabilidade aumentada, medo intenso), sentimentos de vergonha, dificuldades escolares e laborais, dificuldades nos relacionamentos interpessoais (*e.g.*, isolamento social, comportamento agressivo), autoimagem negativa (*e.g.*, baixa autoestima, baixa percepção de autoeficácia), mudanças nos padrões de sono e alimentação, comportamentos de risco para revitimização e abandono de atividades prazerosas. Além disso, as pessoas podem apresentar lesões físicas e transtornos psicológicos (*e.g.*, depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, transtorno por uso de substâncias).

Especificamente em relação a crianças e adolescentes, De Antoni e Koller (2004)⁶ propõem alguns indicadores que podem auxiliar na identificação dos casos de violência (Tabela 1). A fim de colaborar na identificação e tratamento dos casos de violência, Habigzang e colaboradores (2011) listaram algumas das consequências frequentemente identificadas entre crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (Tabela 2).

Tabela 1. Indicadores de Especificidade Baixa, Moderada, Clara e Alta para Ações de Violência

Negligência⁶			
Baixa Especificidade	Especificidade Moderada	Clara Especificidade	Especificidade Alta
Baixo rendimento escolar	Comportamento tímido/retraído	Falta de higiene	Desnutrição ou má nutrição
Agressividade	Percepções de falta de valor	Falta de supervisão	Problemas de saúde física devido à ausência de assistência médica
Violência Psicológica⁶			
Baixa Especificidade	Especificidade Moderada	Clara Especificidade	Especificidade Alta
Desajuste social	Comportamento evitativo	Rejeição	Relato verbal de atos de rejeição
Percepções de falta de valor	Mantém poucas interações com os pares	Humilhação	Terrorismo
Baixo rendimento escolar		Degradação	
Violência Física⁶			
Baixa Especificidade	Especificidade Moderada	Clara Especificidade	Especificidade Alta

Percepções de falta de valor	Comportamentos agressivos	Comportamentos autodestrutivos	Hematomas, queimaduras, cortes
Sintomas depressivos	Experiências como vítima ou agressor de bullying	Ferimentos recorrentes e incomuns	Relato verbal de agressões
Sintomas de ansiedade			Fugas de casa

Violência Sexual⁶

Baixa Especificidade	Especificidade Moderada	Clara Especificidade	Especificidade Alta
Ansiedade	Comportamento sexualizado para a idade	Desconforto Anal e Genital	Relato verbal de violência sexual e/ou exploração sexual
Baixo rendimento escolar	Percepção de ser diferente dos pares	Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)	
Sintomas depressivos	Comportamentos auto-destrutivos		

Tabela 2. Consequências da Violência Sexual

Consequências ⁷			
Cognitivas	Comportamentais	Emocionais	Físicas
Percepções de falta de valor	Isolamento	Vergonha	Hematomas e sangramentos
Percepção de culpa	Agressões físicas e verbais	Medo	Traumas físicos nas regiões oral, genital e retal
Diferença em relação aos pares	Furtos	Ansiedade	Traumas físicos nos seios, nádegas, coxas e baixo ventre
Baixa concentração e atenção	Fugas de casa	Irritabilidade	Coceira, inflamação e infecção nas áreas oral, genital e retal
Transtornos de memória	Comportamento hipersexualizado	Raiva	Odores estranhos na área vaginal
Desconfiança	Abandono de hábitos lúdicos (brincar, desenhar, jogos infantis)	Tristeza	Doenças sexualmente transmissíveis
Dissociação	Mudanças em padrões de alimentação e sono	Culpa	Gravidez

Baixo rendimento escolar	Comportamentos regressivos, tais como chupar o dedo, urinar na cama		Dores e doenças psicossomáticas
Distorções cognitivas, tais como afirmações inadequadas de “tudo ou nada”, rotulação inadequada	Comportamentos autodestrutivos, machucar-se (cortar-se, queimar-se e outros), tentativas de suicídio		Desconforto em relação ao corpo

Referências

¹Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (2006, 7 de agosto). Dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Das formas de violência doméstica e familiar contra a mulher*, capítulo II.

²Ministério da Saúde. (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde.

³World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

⁴Johnson, M. P., & Ferraro, K. J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 62(5), 948–963. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2000.00948.x

⁵Souza, E. R. & Minayo, M.C.S (2010). Inserção do tema da violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Ed 15, nº6, (pp 2659-2668).

ACOLHIMENTO

A palavra acolhimento significa ação de acolher, acolhida. Acolher, por sua vez, diz respeito ao modo de se receber alguém ou ser recebido(a) por alguém. Significa, ainda, consideração¹. Embora a maioria de nós saiba o significado das palavras acolhimento e acolher, em termos práticos, pouco sabemos como realizar um acolhimento, como acolher. Isto porque acolher parece algo tão básico para profissionais da área de saúde que sequer é abordado efetivamente em cursos de formação. No entanto, realizar um acolhimento requer conhecimento teórico e treinamento, ambos obtidos por meio da capacitação profissional. Somente conhecendo muito bem o fenômeno com o qual estamos lidando e treinando estratégias de acolhimento será possível, realmente, fazer com que alguém se sinta acolhido em nossos serviços.

Imagine a seguinte situação: Uma mulher de aproximadamente 35 anos, casada há 7 anos com seu marido, um homem de 37 anos, com o qual possui uma filha de 2 anos. Desde o nascimento da criança, essa mulher se sente sobrecarregada com a dupla jornada de trabalho e os cuidados com a filha. Sempre que solicita ajuda do marido, ouve a mesma resposta: *“Eu quem ponho dinheiro nessa casa, seu salário não é nada perto do meu, então é sua obrigação cuidar dessa menina”*. Diante disso, a mulher se sente acuada e triste. Um dia, enquanto discutia com o marido, esse se exaltou e deu um tapa na cara da esposa. Logo depois, o marido pediu desculpas e prometeu que aquilo jamais aconteceria novamente. Os dias se passaram e novos episódios de violência psicológica e física aconteceram, cada vez piores, até que um dia ela precisou ir ao hospital devido aos chutes que o marido deu em seu abdômen. Ao chegar ao hospital, a mulher contou sua história. Ao relatar que fazia mais de um ano que o marido agia violentamente com ela, ouviu a seguinte pergunta do profissional que a

atendeu: “*Por que você não fez algo antes? Gosta de apanhar?*”. A mulher, então, baixou a cabeça e chorou durante todo o atendimento.

Agora se imagine no lugar dessa mulher. Como você estaria se sentindo? Podemos dizer que essa mulher foi bem acolhida pelo profissional que a atendeu? Sua resposta deve ter sido não, tal qual a resposta da maioria das pessoas. Então, por que muitos profissionais continuam agindo de forma não acolhedora? Possivelmente porque muitos deles não se dão conta do que dizem e/ou fazem. Muitas vezes, devido à correria do dia a dia, interferência de problemas de ordem administrativa ou pessoal, os profissionais acabam não monitorando sua prática. O primeiro passo para aprimorar o acolhimento que é oferecido aos usuários dos serviços de saúde é estar consciente do que é feito. Pare por um instante e responda à seguinte pergunta: Você presta atenção no que fala e faz diante dos usuários do seu serviço? Como você tem acolhido esses usuários?

O elemento mais importante do acolhimento é a empatia. A empatia consiste em “compreender uma pessoa a partir do quadro de referência dela e não do próprio, experimentando de modo vicário os sentimentos, percepções e pensamentos dela. A empatia não envolve em si mesma a motivação para ajudar, embora possa transformar em consideração pelo outro ou sofrimento pessoal, o que pode resultar em ação”². Resumindo, a empatia consiste em conseguir se colocar no lugar da outra pessoa, compreendendo o que se passa com ela, e estando mais propenso a ajudá-la.

Cabe salientar que a empatia pode resultar em sofrimento pessoal quando não administrada da forma adequada. Como profissionais da rede de atendimento, devemos fazer uso da empatia de forma a auxiliar nossa atuação profissional e não atrapalhar-la. Não é adequado, por exemplo, diante do choro de uma criança vítima de violência sexual, a profissional que está encarregada do atendimento chorar também devido a uma resposta empática mal administrada. Embora nos deparemos com situações que nos mobilizam e nos despertam sentimentos, é necessário administrar tais situações. Reuniões de equipe nas quais se discutem esses sentimentos costumam auxiliar.

Lembre-se do exemplo da mulher que procurou um hospital devido à violência física perpetrada pelo marido. O questionamento que o profissional fez (*i.e.*, “*Por que você não fez algo antes? Gosta de apanhar?*”) denota certo desconhecimento da dinâmica da violência conjugal. Para que o(a) profissional possa ter empatia pela vítima de violência, é necessário que esse(a) profissional tenha conhecimento sobre a violência em questão. Se o profissional do exemplo soubesse que a dinâmica da violência conjugal costuma envolver sentimentos ambivalentes da vítima em relação ao agressor estaria menos propenso a fazer questionamentos inadequados. Mesmo diante do fato de o companheiro ser um agressor, esse também pode ser uma pessoa afetiva, o que faz com que muitas mulheres posterguem a busca de ajuda. Além disso, pode haver uma dependência emocional e/ou financeira da esposa em relação ao marido. São diversos os fatores que podem influenciar a decisão de buscar ajuda e isso não significa que a mulher “*gosta de apanhar*”, por exemplo.

Sabemos, então, que empatia diz respeito a se colocar no lugar da outra pessoa. Muito bem! No entanto, somente se colocar no lugar da outra pessoa não basta. É preciso demonstrar empatia. A demonstração de empatia ocorre desde o primeiro contato com a pessoa atendida. Vejamos as seguintes sugestões de como acolher de forma empática:

- **Seja gentil:** A pessoa que procura um serviço de saúde precisa ser recebida nesse local com gentileza. O(a) profissional que a receber deve expressar um sorriso moderado ao recepcioná-la no serviço. Deve cumprimentar e se apresentar (*e.g.*, “*Olá, meu nome é Maria. Sou coordenadora dessa Unidade de Saúde e vou lhe atender hoje. Seja bem vinda!*”). Em seguida, deve solicitar, cordialmente, que a pessoa diga o seu nome. A partir de então, o(a) profissional deve sempre se dirigir à pessoa utilizando seu nome. O(a) profissional deve direcionar a pessoa a uma sala aonde o atendimento irá ocorrer. Frequentemente, a pessoa atendida está ansiosa, pois está em um local desconhecido, falando com uma pessoa desconhecida sobre algo íntimo que

aconteceu com ela. Uma forma de amenizar essa ansiedade é iniciando o atendimento dizendo à pessoa que gostaria de conhecê-la melhor. Perguntas sobre idade, ocupação, atividades que gosta de fazer podem ser utilizadas nesse momento inicial do atendimento. Em seguida, questiona-se o motivo de a pessoa ter procurado o serviço. Essa é uma pergunta de transição que, geralmente, resulta no relato de situações de violência.

- **Esteja atento:** Enquanto a pessoa atendida relata a sua situação de violência, o(a) profissional deve estar atento ao relato. Isso é demonstrado por meio do contato ocular, sinais moderados de concordância com a cabeça e breves verbalizações como “*Entendo*” e “*Uhum*”, quando pertinentes. Outra forma de demonstrar que se está prestando atenção no relato da pessoa atendida é por meio de resumos ocasionais do seu relato e repetição de algumas de suas falas (*i.e.*, paráfrase) por parte do profissional. Durante o atendimento, é importante modular o tom de voz, controlar expressões faciais e mostrar-se sempre disponível, prestando atenção no que é relatado pela pessoa atendida. Deve-se tomar cuidado com expressões faciais de espanto diante de termos ou situações descritas. O(a) profissional deve agir com naturalidade diante do vocabulário utilizado pela pessoa atendida e ter uma postura livre de julgamentos morais. É importante deixar que a pessoa atendida relate a situação de violência da forma como conseguir. Frequentemente podem ocorrer pausas durante o relato e/ou choro. O(a) profissional deve estar atento a esses momentos. Pausas devem ser respeitadas, ou seja, o(a) profissional deve aguardar o tempo da pessoa atendida, bem como oferecer lenços e/ou copo de água quando o choro ocorrer.
- **Diga que acredita no relato:** Ao final do relato da pessoa atendida, o(a) profissional deve dizer que acredita em tudo o que foi relatado e que está disposto(a) a ajudar (*e.g.*, “*Eu quero que você saiba, João, que eu acredito no que você me contou e vou buscar lhe ajudar a sair dessa situação*”). Isso é muito importante,

uma vez que muitas vítimas de violência recebem descrédito por parte de familiares e da sociedade em geral.

- **Não faça perguntas desnecessárias:** O(a) profissional deve estar ciente que o seu papel durante o atendimento não é o de realizar uma investigação sobre o que aconteceu, mas sim o de acolher a vítima e ajudá-la a superar a situação de violência. Portanto, perguntas desnecessárias sobre detalhes da situação de violência não devem ser feitas, pois isso resulta em uma re-vitimização. O(a) profissional deve estar atento ao relato livre da vítima e buscar as informações necessárias durante esse relato. Caso alguma informação necessária ao preenchimento da ficha não tenha sido mencionada pela vítima durante o seu relato livre, deve-se restringir o questionamento à obtenção dessa informação.
- **Agradeça a confiança:** Após a vítima relatar a situação de violência, o(a) profissional deve agradecer a confiança que foi depositada nele(a), uma vez que uma situação íntima e permeada de sentimentos negativos foi compartilhada. Lembre-se que você, profissional, é uma pessoa desconhecida para a vítima e que ela/ele teve que superar o medo e a vergonha para relatar o que ocorreu.
- **Não prometa sigilo:** Muitas vezes, as vítimas desejam que ninguém mais saiba sobre a situação de violência que foi relatada, pois temem possíveis reações dos agressores e julgamentos de terceiros. Sabemos que a notificação e encaminhamentos para demais serviços são necessários, logo, sabemos que a situação relatada será compartilhada com outros profissionais. Sendo assim, não é possível prometer sigilo para a pessoa atendida. Deve-se explicar a ela a necessidade da notificação e dos encaminhamentos e como isso será feito para que entenda todos os procedimentos. As vítimas tendem a não se opor ao compartilhamento de informações desde que estejam informadas sobre isso e entendam os motivos para tal.

- **Isente de culpa:** Possivelmente, todos nós já presenciamos situações nas quais vítimas de violência são culpabilizadas pela violência sofrida. *“A menina estava de saia curta, estava pedindo para ser atacada”, “Claro que seria espancado, quem mandou andar à noite naquela rua perigosa”* são exemplos de como, muitas vezes sem pensar, as pessoas acabam culpabilizando as vítimas. Diante desse panorama, cabe aos profissionais que acolhem vítimas esclarecer que a culpa nunca é da vítima, sempre é de quem cometeu a violência. O ideal é dizer o seguinte para a vítima: *“Eu já conversei com pessoas que passaram por situações semelhantes a que você está passando. Essas pessoas me falaram que se sentiam culpadas. Embora esse seja um sentimento comum, quero que você saiba que não tem culpa alguma. Não importa o que lhe digam, a culpa sempre é de quem cometeu a violência”*. Ao dizer isso, o(a) profissional estará auxiliando a vítima a ressignificar seu sentimento de culpa, bem como demonstrando sua experiência no atendimento de vítima de violência (*“Eu já conversei com pessoas que passaram por situações semelhantes a que você está passando”*), o que fará com que ela/ele se sinta mais confortável e confiante.
- **Esclareça dúvidas:** Comumente, ao procurar os serviços da rede, vítimas de violência possuem muitas dúvidas. Algumas vítimas fazem questionamentos buscando esclarecer tais dúvidas de forma espontânea, outras necessitam de algum estímulo. Sendo assim, cabe aos profissionais colocarem-se à disposição para o esclarecimento de dúvidas. É importante que os profissionais estejam preparados para esclarecer tais dúvidas. Obviamente, podem surgir dúvidas que o(a) profissional não saiba responder. Diante disso, o(a) profissional deve ser sincero(a) e dizer que não sabe, mas que buscará se informar para o esclarecimento da dúvida em outra oportunidade. Dúvidas que não possuem uma resposta, pois dependem de diversos fatores (e.g., *“O cara que me violentou vai para a cadeia, né?”*) devem ser respondidas francamente: *“Não há como saber disso agora, pois depende de diferentes fatores. O principal você fez, que foi solicitar ajuda”*.

- **Explique os procedimentos/encaminhamentos:** Caso a realização de algum procedimento seja necessário, o(a) profissional tem o dever de explicar à vítima, de forma detalhada, o que irá acontecer. Isso pode ser feito levando a vítima até a sala onde o procedimento será realizado, mostrando todas as suas etapas. Além disso, encaminhamentos para outros serviços devem ser explicados. A rede de atendimento às vítimas de violência é composta por diversos serviços que, muitas vezes, não possuem boa comunicação. A vítima é encaminhada para esses serviços sem ao menos saber o motivo e o que vai acontecer quando lá chegar. Ao serem questionados sobre suas percepções da rede de atendimento, familiares de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual mencionaram que a rede era um “vai pra lá, vem pra cá” e que se sentiam pouco acolhidos nos serviços³. Diante disso, é necessário que o(a) profissional busque saber em quais serviços a vítima já foi atendida e explique quais serão os próximos encaminhamentos e procedimentos. Para tal, o(a) profissional deve ter pleno conhecimento da organização da rede de proteção e de atendimento do seu município. Idealmente, deve haver um fluxograma de encaminhamentos adotado no município. Quando existe esse fluxograma, o mesmo pode ser impresso e compartilhado com a vítima. Caso o município não possua esse fluxograma, é hora de agendar uma reunião com a rede e defini-lo!
- **Verifique como se sente:** Após o relato da vítima, esclarecimento de dúvidas e explicação dos encaminhamentos necessários, o atendimento estará se aproximando do fim. Antes de finalizá-lo, é imprescindível verificar como a vítima se sente. Algumas vítimas relatam se sentirem aliviadas por terem conseguido buscar ajuda, outras estão amedrontadas diante da possibilidade de agressores cumprirem ameaças ou preocupadas com o que irá acontecer (e.g., moradia, filhos, situação financeira, convivência familiar). O atendimento deve ser encerrado somente quando a vítima estiver se sentindo relativamente bem para poder retomar suas tarefas rotineiras. É possível questionar a vítima acerca do que

o(a) profissional poderia fazer para que ele/ela se sentisse melhor. Se a resposta for algo que estiver ao alcance do(a) profissional, esse(a) deve buscar atender à solicitação.

- **Aborde tópico neutro:** A finalização do atendimento deve ocorrer de forma gradual. O(a) profissional deve encerrar a conversa abordando um tópico neutro, ou seja, não relacionado à situação de violência. É possível retomar um tópico abordado no início do atendimento, quando se questionou sobre atividades que a vítima gosta de fazer. O(a) profissional pode dizer que lembra da atividade mencionada e solicitar que a vítima fale mais a respeito.

Questões para debate

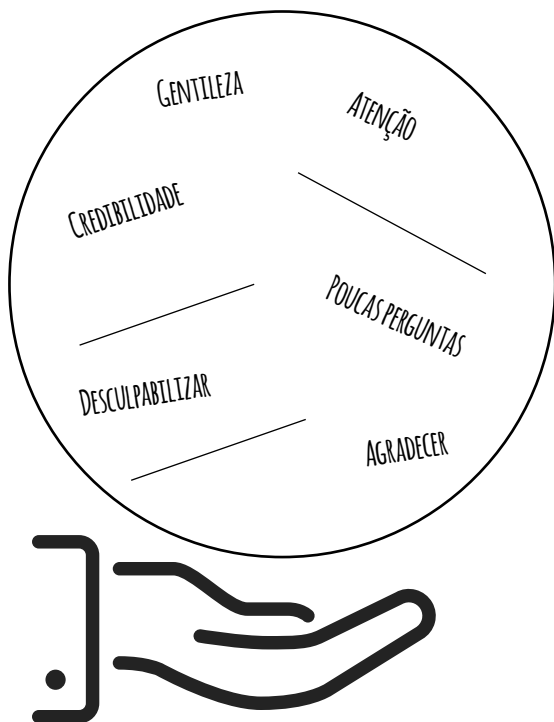
- Como você, em seu cotidiano profissional, demonstra empatia aos usuários do serviço?
- Qual a relação entre conhecimento teórico e empatia?
- Por que não se deve questionar detalhes desnecessários acerca da violência sofrida?
- Por que mencionar que se acredita na vítima e a insentar de culpa durante o acolhimento?
- Como evitar que preconceitos pessoais interfiram no acolhimento oferecido aos usuários do seu serviço?

Questões para instrumento

No texto sobre acolhimento, são citados 5 fatores indispensáveis para um bom acolhimento. Quais são eles? Cite 3 formas de demonstrar empatia.

- Dica: Treine com seus colegas os passos de um bom acolhimento descritos anteriormente. Um(a) de vocês fará o papel de profissional e o outro(a) de vítima. Após o treino, pergunte ao/à seu/sua colega que desempenhou o papel de vítima como ele/ela se sentiu diante do seu comportamento verbal e não-verbal. O que poderia melhorar em sua atuação? Como?

ACOLHIMENTO: Complete a figura com demais fatores para realização de um bom acolhimento



Referências

¹Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2010).

²American Psychological Association (2010). *Dicionário de Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.

³Santos, V. A., Costa, L. F., & Silva, A. X. (2011). As medidas protetivas na perspectiva de famílias em situação de violência sexual. *PSICO*, 42(1), 77-86.

NOTIFICAÇÃO

A notificação dos casos de suspeita ou confirmação de violência atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS's), postos médicos e hospitais devem ser notificados às instituições de vigilância em saúde. A Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, em consonância com a Lei 6.259 de 30 de outubro de 1975¹, estabelece a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública. Casos de violência sexual ou autoinfligida devem ser obrigatoriamente notificados em período de urgência (24hs)².

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é um sistema nacional composto por dados epidemiológicos e de agravos cujos registros têm o objetivo de manter a notificação como obrigatória. Desde 2009, o SINAN integra dados das situações de violência interpessoal atendidas no âmbito da Saúde. Anteriormente, esses dados eram compilados pela Vigilância Contínua de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais e Autoprovocadas (VIVA Contínuo)³.

As informações das situações de violência atendidas são coletadas por meio da Ficha Individual de Notificação (FIN-SINAN) – Violência doméstica, sexual e outras violências. As categorias de violência adotadas pela FIN-SINAN são explicadas em documento instrucional próprio e é feita menção às especificidades de cada tipologia segundo definições da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴.

A importância das notificações está na possibilidade de rompimento do ciclo de violência e garantia de proteção às vítimas por meio da atuação dos órgãos de proteção. Além disso, a realização da notificação possibilita o mapeamento da prevalência e das características das situações de

violência, os quais podem ser utilizados na proposição de políticas de prevenção e intervenção.

Dependendo da faixa etária, diferentes órgãos de proteção devem ser notificados e acionados:

- **Crianças e adolescentes:** a notificação de quaisquer situações de suspeita ou confirmação de violação de direitos de crianças e adolescentes é compulsória e deve ser realizada junto ao Conselho Tutelar ou ao Juizado da Infância e Juventude de cada município. A notificação compulsória é estabelecida pelo Artigo nº. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁶.
- **Mulheres:** a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, ocorrida em qualquer ambiente, é estabelecida pela Lei Federal n. 10.788, de 24 de novembro de 2003.
- **Idosos:** a Lei Federal n. 12.461, de 26 de julho de 2011 estabelece a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra idosos, que deve ser realizada junto ao Conselho do Idoso, atendidos em estabelecimentos de saúde públicos ou privados.

As notificações de situações de violência também podem ser realizadas por meio telefônico:

- **Disque 100:** O Disque Direitos Humanos (Disque 100) é um serviço de recebimento, encaminhamento e monitoramento de denúncias de violação de direitos. O serviço atua em três níveis: a) ouve, orienta e registra a denúncia; b) encaminha a denúncia para a rede de proteção e responsabilização; c) monitora as providências adotadas para informar a pessoa denunciante sobre o que ocorreu com a denúncia. A princípio, o Disque 100 foi desenvolvido para receber notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes. O serviço foi ampliado e atualmente acolhe denúncias que envolvem viola-

ções de direitos de toda a população, especialmente grupos sociais vulneráveis, como crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiências e população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais). **A discagem do número 100 é direta, gratuita e confidencial.**

- **Ligue 180:** criado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República para servir de canal direto de orientação sobre direitos e serviços públicos para a população feminina em todo o país. É a porta principal de acesso aos serviços que integram a rede nacional de enfrentamento à violência contra a mulher e base de dados para as políticas públicas nessa área. **A discagem do número 180 é direta, gratuita e confidencial.**

Questão para debate

Um médico que atua em um Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior do município de Nova Petrópolis recebe para atendimento um menino encaminhado por conta de uma lesão no braço. Durante os exames, o médico depara-se com marcas de queimaduras em várias partes do corpo do menino. O profissional indaga a mãe sobre as causas dos machucados e ela relata, com alguma hesitação, que o pai costuma castigá-lo quando ele é desobediente. Quais são os procedimentos que devem ser realizados pelo médico em relação às marcas de violência?

Referências

¹Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (1975, 31 de outubro). Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1.

²Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014 (2014, 09 de junho). 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. *Diário Oficial da União*, seção 1.

³Ministério da Saúde (2009). *Viva: Vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf

⁴Ministério da Saúde (2008). *Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Ficha de Notificação Individual Violência Interpessoal/Autoprovocada*. Disponível em http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339685891_Ficha%20de%20notifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20viol%C3%AAncia%20-%20SINAN.

⁵Gonçalves, H. B., & Ferreira, A. L. (2002). Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 315-319. doi: 10.1590/S0102-311X2002000100032

⁶Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). *Diário Oficial da União*. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF: Palácio do Planalto.

⁷Lei Federal n. 10.788, de 24 de novembro de 2003 (2003, 24 de novembro). Dispõe sobre a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*, seção 1.

⁸Lei Federal n. 12.461, de 26 de julho de 2011 (2011, 26 de julho). Dispõe sobre a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. *Diário Oficial da União*, seção 1.

ENCAMINHAMENTOS

Uma vítima de violência requer atenção de toda a rede de proteção e de atendimento. Diversos serviços fazem parte desta rede. Embora haja uma configuração padrão para essa rede, cada município possui suas especificidades. Diante disso, surgem algumas perguntas: Você conhece a rede do seu município? Sabe quais serviços a compõe? Sabe para qual ou quais serviços a vítima deve ser encaminhada, ou seja, qual o fluxograma da rede no seu município? Ou melhor, o seu município possui tal fluxograma? Caso não possua, que tal o seu serviço convocar uma reunião de rede e estabelecer um fluxograma? Redes com fluxogramas bem definidos auxiliam os profissionais a tomar decisões de forma mais rápida, acolher melhor as vítimas e trabalharem de forma coordenada e interdisciplinar.

Usualmente, a rede de proteção e de atendimento é composta pelos seguintes serviços, que podem ser divididos conforme âmbitos:

Proteção

Serviços que buscam garantir a proteção da vítima por meio de medidas protetivas, tais como o afastamento entre agressor(a) e vítima.

- *Conselho Tutelar*: órgão administrativo municipal, autônomo, responsável pelo atendimento de crianças ameaçadas ou violadas em seus direitos. Composto por cinco membros eleitos pela comunidade¹. Os conselheiros tutelares são considerados os guardiões dos direitos de crianças e adolescentes e devem ser acionados sempre que houver suspeita ou confirmação de qualquer situação de maus tratos contra crianças e adolescentes.

- *Delegacia*: órgão da polícia civil encarregado de investigar e apurar fatos de situações de violência que se configuram como possível crime.
- *Delegacia Especializada*: órgão da polícia civil encarregado de investigar e apurar fatos de situações de violência contra vítimas específicas. Existem, por exemplo, delegacias da mulher e delegacias da criança. As delegacias especializadas foram a solução encontrada para superar tanto o problema da falta de preparo das delegacias comuns quanto a priorização dos crimes cometidos contra públicos específicos (*e.g.*, crianças, mulheres), que normalmente se diluem nas já sobrecarregadas delegacias comuns.

Saúde

Serviços que oferecem cuidados em saúde física e mental. As vítimas devem ser encaminhadas para esses serviços sempre que houver qualquer possibilidade de consequência física (*e.g.*, doença sexualmente transmissível, lesão corporal) ou psicológica (*e.g.*, transtorno mental) decorrente da violência. Nos casos de violência sexual, é imprescindível o imediato encaminhamento da vítima para avaliação médica. Caberá ao médico a avaliação para a administração de profilaxias referentes às doenças sexualmente transmissíveis e possível gravidez. Lembre-se que o período para a administração de profilaxias é de, no máximo, 72 horas após contato, exigindo avaliação médica imediata a fim de prevenir possíveis contágios.

- *Unidade Básica de Saúde (UBS)*: serviço preferencial de encaminhamento dos usuários. É a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Situam-se, preferencialmente, perto de onde as pessoas moram, trabalham e estudam e, assim, desempenham papel central na garantia de acesso da população à saúde. Conta

com atendimentos básicos e gratuitos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica².

- *Hospital*: Oferecem atendimentos de média e alta complexidade em saúde. Nos casos de vítimas de violência, são os hospitais que realizam o tratamento de lesões físicas decorrentes da violência, exames necessários, profilaxia contra doenças sexualmente transmissíveis e aborto, quando necessário. Em alguns casos, os hospitais estão equipados para a coleta de material que poderá servir como prova para o inquerito policial e processo judicial. Devido a isso, o encaminhamento da vítima deve ser imediato para viabilizar a coleta de provas. Não é adequado solicitar que a vítima volte para casa e tome banho, pois isso possivelmente inviabilizará a coleta de provas da ocorrência da violência.
- *Departamento Médico Legal (DML)*: Serviço responsável pela perícia, seja física ou psicológica, com vistas a coletar material que será utilizado como prova para o inquerito policial e processo judicial. A vítima deve ser encaminhada ao DML imediatamente, sem que seja realizado nenhum procedimento (e.g., banho) que possa interferir na coleta de material.
- *Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*: serviço de saúde para tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais. Existem tipos diferentes de CAPS (i.e., CAPS I, II e III, CAPSi – destinado a crianças e adolescentes - e CAPSad – destinado a usuários de álcool e drogas) de acordo com o número de habitantes nos municípios onde se localizam (devendo sempre ser maior do que 200 mil), horários de funcionamento e usuários a quem se destinam (i.e., adultos, crianças e adolescentes ou usuários de álcool e outras drogas³). Vítimas de violência com sintomas de transtornos mentais devem ser encaminhadas ao CAPS do município.

Assistência Social

É necessário garantir que as vítimas e seus familiares tenham suas necessidades básicas (e.g., moradia, alimentação) garantidas, bem como recebam o apoio necessário para a superação da situação de violência. O Brasil conta com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que possui serviços divididos conforme o grau de complexidade das situação que atendem^{4,5}:

- *Proteção Social Básica*: Tem como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, bem como o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. O principal serviço é o *Centro de Referência em Assistência Social (CRAS)*. O público-alvo são populações em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (i.e., ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (i.e., discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).
- *Proteção Social Especial*: É dividida em média e alta complexidade. Tanto os serviços de média quanto os de alta complexidade têm como objetivo o atendimento de situações de violação de direitos.
- *Média Complexidade*: atendem famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. O principal serviço é o *Centro de Referência em Assistência Social (CREAS)*. Nesse serviço, vítimas de violência recebem atendimento psicossocial prestado por uma equipe composta principalmente por psicólogos e assistentes sociais.
- *Alta Complexidade*: atendem famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados do seu núcleo familiar e/ou comunitário. Serviços

como casas lares, repúblicas, albergues e casas de passagem fazem parte da proteção social especial de alta complexidade.

Justiça

As situações de violência se configuram como crime. A violência sexual, por exemplo, é considerada como crime de estupro. Diante disso, é necessário acionar a justiça para que os agressores sejam devidamente responsabilizados e tenham acesso a intervenções visando sua recuperação. Os serviços da justiça também têm importante papel na proteção das vítimas, pois podem solicitar medidas como a não aproximação dos agressores das vítimas. Além disso, a efetiva responsabilização dos agressores tem o potencial de prevenir novas ocorrências de violência.

- *Ministério Público (MP)*: Instituição incumbida da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais⁶. Pode ser considerado o “fiscal da lei”, sendo responsável pela fiscalização do cumprimento da lei. Sendo assim, sempre que houver desrespeito aos direitos de vítimas de violência (*e.g.*, falta de atendimento), o MP deve ser acionado.
- *Defensoria Pública*: serviço estadual que oferece orientação jurídica, promove os direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados⁷. Vítimas de violência devem ser encaminhadas à Defensoria Pública para obter assistência judiciária gratuita por meio da nomeação de defensores públicos ou advogados.
- *Juizado da Infância e Juventude*: órgãos encarregados de aplicar a lei para solução de conflitos relacionados aos direitos de crianças e adolescentes. O Estatuto da Criança e do Adolescente¹ faculta (e estimula) a criação das chamadas varas especializadas e exclusivas para a infância e a juventude. Nos municípios que

não as têm, suas atribuições são acumuladas por juiz de outra alçada, conforme dispuser a Lei de Organização Judiciária.

A realização dos encaminhamentos é um processo individualizado, ou seja, o(a) profissional deve ter conhecimento da situação do(a) usuário(a) e, a partir disso, realizar os encaminhamentos necessários. Para tal, o(a) profissional deve saber em quais serviços a vítima já foi atendida. A partir disso, e de acordo com o tipo de violência sofrida e suas consequências, os encaminhamentos devem ser realizados. É muito importante que a vítima seja informada dos encaminhamentos, estando ciente do(s) motivo(s) para cada encaminhamento, bem como o que irá acontecer em cada um dos serviços aos quais foi encaminhada. Por exemplo, uma criança vítima de violência física relatou ao profissional do serviço de saúde que já havia conversado com o conselheiro tutelar e que, após isso, estava na UBS porque sentia muita dor na barriga. Diante disso, o profissional da UBS explicou que a vítima e sua cuidadora não-abusiva seriam encaminhadas para a Delegacia Especializada da Criança e do Adolescente, ao DML, à Defensoria Pública e ao CREAS. Para tal, contactou o Conselho Tutelar e, juntamente com o conselheiro responsável pelo caso, planejaram os encaminhamentos. Os atendimentos oferecidos em cada um dos serviços foram explicados e os contatos (*i.e.*, números de telefone e endereços) dos serviços foram disponibilizados à criança e sua cuidadora.

Devido ao grande número de serviços que integram a rede de proteção e de atendimento, é imprescindível explicar aos usuários os encaminhamentos realizados. Deve-se, ainda, monitorar a efetivação dos encaminhamentos por meio de contatos periódicos com os serviços aos quais os usuários foram encaminhados, bem como com o(a) próprio(a) usuário(a).

Questões para debate

- Como a rede de proteção e de atendimento está organizada em seu município?

- Você conhece o fluxograma da rede de proteção e de atendimento do seu município?
- Quais dos serviços citados no texto existem em seu município? Quais você conhece?
- Há ausência de algum serviço em seu município? Qual outro serviço poderia desempenhar a função desse serviço ausente?
- Quais as principais dificuldades do trabalho em rede no seu município?
- Como você e o seu serviço podem contribuir para a maior articulação da rede de proteção e de atendimento do seu município?

Questões para instrumento

- Usualmente, a rede de proteção e de atendimento é composta por serviços que podem ser divididos em 4 âmbitos. Quais são esses âmbitos?
- Cite 3 fatores que devem ser levados em consideração ao se realizar os encaminhamentos de uma vítima de violência.

Referências

¹Brasil (1990). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm

²Ministério do Planejamento. UBS – Unidades Básicas de Saúde. Recuperado de <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>

³Ministério da Saúde (2004). *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf

⁴Brasil (1993). *Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm

⁵Brasil (2004). *Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004*. Recuperado de <http://www.mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/mds/resolucoes/2004/Resolucao%20no%20145-%20de%2015%20de%20outubro%20de%202004.pdf/view>

⁶Ministério Público. Estado do Rio Grande do Sul. Recuperado de <https://www.mprs.mp.br/conheca>

⁷Defensoria Pública. Estado do Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://www.defensoria.rs.def.br/conteudo/18836/apresentacao>

SUGESTÕES PARA CONSULTA

Leituras

- Brasil. (2013). Documento Passo a Passo – *Reordenamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Recuperado de <http://www.mds.gov.br/assistencia-social/Passo%20a%20Passo%20-%20Reordenamento%20SCFV.pdf/view>
- Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (Eds.). (2012). *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- Poletto, M., Souza, A. P. L., & Koller, S. H. (2013). *Direitos Humanos, Prevenção à Violência contra Crianças e Adolescentes e Mediação de Conflitos – Manual de Capacitação para Educadores*. Porto Alegre: IDEOGRAF.
- Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças: Fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais*. São Paulo: M. Books do Brasil.

Sites

- Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínicas - GPeVVIC
Este site pode ser acessado por meio do seguinte link: <http://gpevvic.wix.com/gpevvic>

- Centro de Estudos Psicológicos – CEP-Rua Este site pode ser acessado por meio do seguinte link: <http://www.ceprua.org.br/>
- Disque Denúncia Nacional – Secretaria de Direitos Humanos. Este site pode ser acessado por meio do seguinte link: http://www1.direitoshumanos.gov.br/spdca/exploracao__sexual/Acoes_PPCAM/disque_denuncia
- Pró-menino – em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. Este site pode ser acessado por meio do seguinte link: <http://www.promenino.org.br/>
- Laboratório de Análise e Prevenção da Violência - Laprev. Este site pode ser acessado por meio do seguinte link: <http://www.laprev.ufscar.br/fotoslideshow>
- Safernet - Brasil. Este site pode ser acessado por meio do seguinte link:<http://www.safernet.org.br/site/>
- Educadores Safernet - Brasil. Este site pode ser acessado por meio do seguinte link: <http://new.netica.org.br/educadores>

Filmes

- *Preciosa* (2009). 110 min. Direção: Lee Daniels – No Harlem, a jovem Claireece “Precious” Jones (Gabourey Sidibe) sofre as mais diversas privações. Abusada pela mãe, violentada pelo pai e grávida de seu segundo filho, é convidada a frequentar uma escola alternativa na qual vê a esperança de conseguir dar um novo rumo à sua vida.
- *Sobre meninos e lobos* (2003). 137 min. Direção: Clint Eastwood – O assassinato da filha de Jimmy Marcus (Sean Penn) leva Sean Devine (Kevin Bacon), encarregado de investigar o caso, a reencontrar um mundo de violência e dor. Esta situação revela o segredo que Dave Boyle (Tim Robbins) guardava desde sua

infância. A busca do assassino faz com que o trio tenha que enfrentar fatos marcantes do passado.

- *O Príncipe das Marés* (1991). 87 min. Direção: Barbra Streisand – Tom Wingo é um treinador de futebol americano desempregado da Carolina do Sul que vai a Nova York apoiar a irmã que tentou o suicídio. Tom é perturbado pela história de violência e crises de sua família, os quais estão repercutindo em seu casamento em crise e seus filhos.
- *A Corrente do Bem* (2000). 122 min. Direção: Mimi Leder – A ideia de Trevor é mudar o mundo por meio de três premissas: fazer por alguém algo que este não pode fazer por si mesmo; fazer isso para três pessoas; e cada pessoa ajudada fazer isso por outras três. Sem que Trevor saiba, a concepção da corrente do bem iniciada em Las Vegas está se espalhando pelos Estados Unidos.
- *Deixe-me Viver* (2002). 130 min. Direção: Peter Kosminsky – Ingrid Magnussen se apaixona loucamente por Barry Kolker. Quando é rejeitada pelo amado, Ingrid decide matá-lo e acaba sendo condenada à prisão perpétua. Por causa disso, sua filha de 12 anos Astrid é obrigada a viver em instituições de acolhimento. Astrid experencia diferentes situações de violência, até que Ingrid entenda o que fez à filha e elas se entendam.
- *Amour* (2013). 127 min. Direção: Michael Haneke: Georges e Anne são um casal de aposentados apaixonados por música. Eles têm uma filha musicista que vive em outro país. Após sofrer um derrame, Anne fica com um lado do corpo paralisado, então o casal de idosos passa por graves obstáculos que colocarão o seu amor em teste.
- *E se vivêssemos todos juntos?* (2012). 96 min. Direção: Stéphane Robelin: Annie, Jean, Claude, Albert e Jeanne são melhores amigos há mais de quarenta anos. Enquanto os dois primeiros e os dois últimos são casados, o do meio é um solteirão convicto, que não se cansa de aproveitar a vida. Quando a saúde deles começa a piorar e o asilo se apresenta como solução para um

deles, surge a ideia de todos morarem juntos. Mas a novidade acaba trazendo a reboque algumas antigas experiências que irão provocar novas consequências na vida de cada um.