SUS

Secretaria de Saúde

PREFEITURA DE CONTAGEM

Diretrizes para o Manejo de Situações de Violência na Saúde

Intersetorialidade, um desafio a ser consolidado!

1ª Edição

CONTAGEM
2022

©2022. Secretaria Municipal de Saúde de Contagem.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Versão eletrônica. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem.
Para acesso à versão eletrônica, consultar o endereço: http://www.contagem.mg.gov.br/sms

Elaboração, distribuição e informações
Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
Av. General David Sarnoff, 3113 - Cidade Industrial
Contagem – MG
CEP: 32210-110

Organização e Edição Técnica
Ivana Santana Andrade

Elaboração Técnica
Alessandra Mendes de Oliveira - Nutricionista
Carla Patrícia Dias França de Paiva Santos –Psicóloga
Carolina Hespanha Almeida - Enfermeira
Deborah Hofman Braccini Bessa– Enfermeira
Handula Janine Simões Leandro – Terapeuta Ocupacional
Jairo Martins Nascimento - Psicólogo
Karla Geovani Silva Marcelino – Assistente Social
Rejane de Almeida Caborges– Nutricionista

Validação Técnica
Andréia Devislane Ribeiro – Enfermeira
Ângela Regina Rinco Fontoura – Cirurgiã-Dentista da Família
Alessandra Mendes de Oliveira - Nutricionista
Carla Patrícia Dias França de Paiva Santos – Psicóloga
Carolina Hespanha Almeida - Enfermeira
Deborah Hofman Braccini Bessa– Enfermeira
Erica Fernanda Elias Santana – Assistente Social
Fabiana Santos de Oliveira Carvalho – Assistente Social
Fernanda Cunha de Carvalho - Cirurgiã-Dentista
Handula Janine Simões Leandro – Terapeuta Ocupacional
Jairo Martins Nascimento– Psicólogo
Jordânia Carolina de Oliveira – Enfermeira
Karla Geovani Silva Marcelino – Assistente Social
Rejane de Almeida Caborges – Nutricionista
Wellington Eustáquio Ribeiro – Técnico Superior em Gestão Pública

Projeto Gráfico Produção Visual
Assessoria de Comunicação Secretaria Municipal de Saúde

Ficha Catalográfica

Contagem. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde.
Diretrizes para o Manejo de Situações de Violência: Intersetorialidade, um desafio a ser consolidado! Contagem, 2022. 62p.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **6**

PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ **7**

PRINCIPAIS TIPOS E FORMAS DE VIOLÊNCIA **9**

PRINCIPAIS ABORDAGENS NO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA **15**

1. ACOLHIMENTO 15
2. NOTIFICAÇÃO 16
3. INTERVENÇÃO 20

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA/NEGLIGÊNCIA/ABANDONO E OUTRAS **23**

1. ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE 23
2. ATENDIMENTO À MULHER 27

5.1 Violência Psicológica 27

4. ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA 28

6.2 Negligência ou Abandono contra a pessoa idosa 29

6.3 Violência Patrimonial contra a pessoa idosa 31

VIOLÊNCIA FÍSICA **33**

1. ATENDIMENTO A CRIANÇA E ADOLESCENTE 33
5. ATENDIMENTO À MULHER 35
6. ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA 36

VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA (AUTOEXTERMÍNIO/AUTOMUTILAÇÃO) **39**

1. CONCEITOS 39
2. FATORES DE RISCO 39
3. SINAIS DE ALERTA PARA O COMPORTAMENTO SUICIDA 40
4. MANEJO DE SITUAÇÕES QUE ENVOLVAM INTENÇÃO SUICIDA/AUTOAGRESSÃO 40

VIOLÊNCIA SEXUAL **44**

1. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL PARA A SAÚDE 44
2. ACONSELHAMENTO GERAL À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL 45
3. ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E SEU SEGUIMENTO 45

2.1 Caracterização da violência sexual e conduta 46

4. ENCAMINHAMENTOS ESPECÍFICOS 47
5. EXAMES LABORATORIAIS E TESTES RÁPIDOS 47
6. ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE) 48

7. VACINA ANTI-HEPATITE B E DAIGHAHB (IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI HEPATITE B) 49
8. PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL 49
9. ALTERNATIVAS LEGAIS FRENTE À GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL 50

ABORDAGEM AO AGRESSOR **53**

ANEXO 1- FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTO PROVOCADA **55**

ANEXO 2- FICHA DE INVESTIGAÇÃO INTOXICAÇÃO EXÓGENA **57**

ANEXO 3 - ENDEREÇOS/ TELEFONES/ E MAIL NECESSÁRIOS **59**

REFERÊNCIA **62**

APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define violência como o "uso intencional de força física ou do poder, real ou uma ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulta ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação".

É um fenômeno multidimensional que afeta cidadãs e cidadãos de todas as classes sociais, raça/cor, etnias e orientações sexuais, identidades, que se constituem como uma das principais formas de violação de direitos humanos, atingindo principalmente as mulheres, a população negra, a população LGBT+, imigrantes e outros grupos historicamente vulnerabilizados, na garantia de seus direitos, no seu direito à vida, à saúde e à integridade física. Um dos grandes desafios para enfrentar essa violência é a articulação e integração dos serviços e do atendimento de forma a evitar a revitimização e, acima de tudo, oferecer o atendimento humanizado, integral e equânime. Outro grande desafio é atuar na **Prevenção da Violência e Promoção da Cultura de Paz**.

A violência não é um problema específico da área da saúde, no entanto, a afeta, já que muitas vítimas adoecem a partir desses eventos. Sendo um fenômeno complexo, que envolve fatores sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos, para compreender e enfrentar essa problemática deve-se analisar um conjunto de fatores, como condições de vida, questões ambientais, trabalho, habitação, educação, lazer e cultura. Portanto, as abordagens às situações de violência são essencialmente em rede, bem como sua prevenção e promoção da cultura de paz.

O objetivo deste documento é apoiar os profissionais de saúde na atuação frente às situações de violência, orientar e sistematizar as condutas para a identificação dos diversos tipos de violência, a fim de que o atendimento, a notificação, o encaminhamento, o acompanhamento das vítimas resultantes da violência seja adequado. Ressalta-se que os pacientes deverão ter seguimento e acompanhamento multiprofissional para suas demandas sociais, psicológicas e físicas, proporcionando, assim, sua (re)estruturação emocional e (re)integração social, a fim de promover a autonomia de sujeitos para mudanças que não podem esperar por tanto tempo mais.

PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ

A Atenção Primária tem muito a oferecer no que diz respeito à promoção da saúde, à prevenção da violência e a atenção às vítimas e suas famílias. As políticas públicas do setor de saúde recomendam que fortaleçam os fatores de proteção relativos a cada um dos grupos destacados neste documento. A promoção da saúde se refere a ações mais abrangentes, que envolvem toda a comunidade em atividades que visam à educação em saúde.

A violência é um fenômeno evitável e, por isso é fundamental o envolvimento de instituições públicas, acadêmicas e organizações da sociedade civil na implementação de políticas públicas, programas, projetos e ações de prevenção que busquem enfrentar as causas e interferir nos fatores que estimulam e favorecem a ocorrência deste fenômeno.

Neste sentido, profissionais da Atenção Primária devem estimular as capacidades, o autocuidado e a ajuda mútua. É fundamental envolver toda a sociedade, inclusive, crianças e jovens, estimulando o compromisso e a responsabilidade de cada um na preservação dos direitos das pessoas e na construção de uma cultura de paz na sociedade e se contrapor à cultura da violência.

Uma cultura de paz não preconiza a ausência de conflitos, mas valoriza o diálogo, a negociação e a mediação entre as pessoas e grupos como estratégia para a convivência e a resolução de conflitos. Por isso, muitas políticas públicas e programas que tem como objetivo a prevenção da violência estão articuladas e associadas à promoção da cultura de paz como forma de se contrapor à cultura da violência.

Sendo assim, a prevenção da violência e construção de uma cultura de paz estão diretamente relacionadas à detecção precoce das condições de risco, à redução e controle das situações de vulnerabilidade à violência e ao fortalecimento de fatores de proteção e de defesa dos indivíduos. Os profissionais da saúde são atores chaves nesse processo, já que é na rotina de atendimento e na relação com os pacientes que são possíveis a maioria das intervenções que podem contribuir tanto para a redução das situações de risco como para o fortalecimento de condições que possam dificultar a ocorrência da violência. Segundo relatório da OMS (2002), as ações de prevenção precisam:

- Tratar de fatores de risco individuais e adotar medidas para modificar os comportamentos individuais de risco;
- Influenciar relacionamentos pessoais próximos e trabalhar para criar ambientes familiares saudáveis, assim como oferecer ajuda profissional e apoio às famílias que apresentam disfunções;
- Monitorar locais públicos, como escolas, locais de trabalho e bairros, e adotar medidas para tratar de problemas que possam levar à violência;
- Lidar com a desigualdade de gênero e com as atitudes e práticas culturais adversas;
- Lidar com os fatores culturais, sociais e econômicos mais abrangentes, que contribuem para a violência, e adotar medidas para mudá-los, inclusive medidas para acabar com o descompasso entre o rico e o pobre e para garantir um acesso igual a bens, serviços e oportunidades.

No que se refere à prevenção da violência podemos subdividi-la em três níveis para nossa melhor compreensão: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é a implementação de programas e ações que visam evitar a ocorrência da violência. Refere-se a estratégias dirigidas a toda a população e incluem produção legislativa, orientação e apoio às pessoas, campanhas de divulgação de informações, entre outras. Nesse sentido, as ações de prevenção primária da violência devem começar a atuar precocemente na vida de indivíduos, através do aprofundamento e consolidação dos laços familiares e favorecendo a saúde física e emocional de crianças e adolescentes em seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Na prevenção secundária, as estratégias são voltadas para populações de risco, ou seja, para aqueles que estão mais suscetíveis e vulneráveis à situação de violência. O objetivo também é atuar de forma a promover a prevenção. Neste nível, programas de treinamento dos agentes públicos, em especial de saúde, educação, justiça e segurança, são imprescindíveis para estimular ações de respeito aos direitos dos cidadãos, sem tolerância a qualquer tipo de violência.

O último nível de prevenção (terciária) são intervenções realizadas quando as situações de violência já ocorreram e possuem como objetivo cessar imediatamente a agressão e reduzir as conseqüências causadas por essas experiências. Os profissionais da saúde têm papel importante da detecção das situações de violência que já estão instauradas, de forma a interromper sua ocorrência, orientar os envolvidos e contribuir significativamente para a redução dos danos e das consequências deste fenômeno. As pesquisas têm mostrado que a exposição de violência no ambiente doméstico está associada ao fato da pessoa que promove a violência também ter sido vítima desta situação anteriormente. É fundamental a intervenção de forma a romper com esse ciclo.

Em todos os aspectos, trabalhar no sentido de prevenir a violência e promover a cultura de paz, implica em sensibilizar, capacitar e treinar profissionais e cidadãos de todas as áreas sociais para a construção de iniciativas e projetos voltados para a superação da violência, além de incentivar o fortalecimento da rede de apoio às pessoas em situação ou risco de violência.

É importante ter em mente que as ações de prevenção devem ser realizadas em todos os níveis da assistência e por todos os profissionais que nela atuam. O presente material colabora com a atuação no último nível de prevenção (terciária). Neste documento apresentamos algumas indicações de como deveria ser uma abordagem ideal em alguns casos, mas é importante saber que cada caso é único e as estratégias de cuidado devem ser planejadas de acordo com suas características. O profissional da saúde tem um leque de estratégias e possibilidades de intervenções e orientações que pode desenvolver na sua rotina de trabalho de forma a promover e fortalecer os laços afetivos entre familiares e a comunidade.

Esse cuidado deve ser realizado por uma equipe multiprofissional e envolve algumas etapas como o acolhimento, o atendimento, a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência e o seguimento dos casos na rede. Ambientes mais amorosos, protegidos e seguros contribuem para o desenvolvimento de indivíduos mais fortalecidos e, consequentemente, menos vulneráveis às situações de violência.

PRINCIPAIS TIPOS E FORMAS DE VIOLÊNCIA

Além do grande impacto na morbimortalidade, a violência, nas suas mais diversas formas, tem contribuído para a perda de qualidade de vida entre as pessoas, com aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho, entre outros. A violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal, e suas marcas, muitas vezes, perpetuam-se entre as gerações futuras

Considerando que não é possível abarcar em apenas um documento todas as nuances dos diversos tipos de violência, neste manual procuramos descrever a abordagem referente aos tipos de violência conceituadas pelo Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, sendo composto por dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência (Viva Inquérito).

Nesse sentindo, para fins de notificação,a violência deve ser considerada "o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" (KRUG, 2002). Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial.

TIPOS DE VIOLÊNCIA

O Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde da OMS (2002) destaca as seguintes tipologias:

- **Violência autoprovocada:** A violência autoprovocada/autoinfligida compreende ideação suicida, autoagressões/automutilações, tentativas de suicídio e suicídios. Embora a ideação suicida não seja objeto de notificação no Viva, requer ações de atenção integral em saúde.

- **Violência interpessoal** – subdivide-se em violência intrafamiliar e comunitária (extrafamiliar).

  - Violência intrafamiliar/doméstica – ocorre entre os membros da própria família, entre pessoas que têm grau de parentesco, laços consanguíneos ou entre pessoas que possuem vínculos afetivos. Ou seja, existem relações de parentesco, laços consanguíneos ou vínculos afetivos entre vítima e provável autor(a) da agressão. Considera-se violência doméstica/intrafamiliar a que "ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente" (MINAYO, 2006). É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física,

psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa da família.Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que tenham relação de poder. A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas, também, às relações em que se constrói e efetua. Esse tipo de violência inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados (BRASIL, 2002).

- Violência extrafamiliar/comunitária – ocorre entre indivíduos sem relação pessoal, conhecidos ou não. Ou seja, não existem relações de parentesco, laços consanguíneos ou vínculos afetivos entre vítima e provável autor(a) da agressão. Inclui a violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou outras formas de violência sexual praticadas por pessoas sem vínculo afetivo ou laços consanguíneos com a vítima. Outro exemplo é a violência institucional ocorrida nas escolas, locais de trabalho, prisões, instituições de saúde, entre outras instituições públicas ou privadas. A violência extrafamiliar/comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens, e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e do sistema de justiça: polícias, Ministério Público e Poder Judiciário.

- **Violência coletiva –** subdivide-se em social, política e econômica, e se caracteriza pela subjugação/ dominação de grupos e do Estado, como guerras, ataques terroristas ou formas em que há manutenção das desigualdades sociais, econômicas, culturais, de gênero, etárias, étnicas.

FORMAS DE VIOLÊNCIA

A OMS estabelece também distinções sobre as formas de violência, sendo elas: violência física; violência psicológica/moral; tortura; violência sexual; tráfico de seres humanos; violência financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil; intervenção legal.

- **Violência física –** são atos violentos nos quais se faz uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Exemplos: chutes, beliscões, tapas, murros, torções, estrangulamentos, queimaduras, ferimentos por arma de fogo, por arma branca, por objetos etc.

- **Violência sexual –** é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou

influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo, a ter, presenciar, ou participar, de algumamaneira, de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Exemplos: estupro, assédio sexual, exploração sexual, pedofilia. Considerar os seguintes conceitos e exemplos:

- Assédio sexual: é a insistência inoportuna, independentemente do sexo ou da orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões, ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual.

- Estupro: "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso" (BRASIL, 2009b, art. 213). Dentro desse conceito, está incluída a conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independentemente da orientação sexual ou do sexo da pessoa/vítima.

- Pornografia infantil: é a apresentação, a produção, a venda, o fornecimento, a divulgação e/ou a publicação de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes, utilizando qualquer meio de comunicação.

- Exploração sexual: caracteriza-se pela utilização de pessoas, independentemente da idade, do sexo ou da identidade de gênero, com fins comerciais e de lucro, seja para a prática de atos sexuais (prostituição); a exposição do corpo nu e de relações sexuais ao vivo (striptease, shows eróticos), ou mediante imagens publicadas em (revistas, filmes, fotos, vídeos ou sítios na internet). No caso de pessoas adultas, considera-se exploração sexual quando, nessas situações, não há o consentimento da vítima ou este é obtido com base na força, no engano, na intimidação ou em qualquer outra forma de coerção. É considerado explorador sexual, portanto, qualquer um que obtenha, mediante qualquer forma de pagamento ou recompensa, serviços sexuais, de forma direta ou com recurso de intermediários (agenciamento direto, indução, facilitação).

- Outros: qualquer outro tipo de violência sexual não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Caso assinale

- **Violência psicológica** – é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral, a exemplo do assédio moral. O bullying é outro exemplo de violência psicológica, que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o cyberbullying.

- **Negligência/abandono** – é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social de uma pessoa. Exemplos: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência.
- **Trabalho infantil** – refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, que contrarie a legislação trabalhista vigente e que coloque em risco o seu pleno desenvolvimento. A Constituição Federal considera menor trabalhador aquele na faixa de 16 a 18 anos (Art. 7º, inciso XXXIII). A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) proíbe "qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos". O trabalho do menor aprendiz não pode ser realizado em locais prejudiciais a sua formação, desenvolvimento físico, psíquico, moral e social, e em horários e locais que não permitam a frequência à escola.
- **Tortura** – é o ato de constranger alguém com emprego de força, maus tratos ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico e/ou mental, para obter qualquer tipo de informação, declaração, confissão ou vantagem para si ou terceira pessoa; provocar ação ou omissão de natureza criminosa; ou em razão de discriminação de qualquer natureza. Pode se apresentar com mais de uma forma de violência associada, pois a pessoa pode ter sofrido violência física, sexual e psicológica durante a tortura.
- **Tráfico de pessoas** – inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, escravo ou de servidão, ou para a remoção e comercialização de seus órgãos e tecidos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes.
- **Violência financeira/econômica** – é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição, ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores de uma pessoa. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência é muito frequente contra as pessoas idosas, mulheres e pessoas com deficiência. É também chamada de violência patrimonial.
- **Intervenção legal** – segundo a CID-10, consideram-se os traumatismos infligidos pela polícia ou outros agentes da lei, incluindo militares em serviço, durante a prisão ou tentativa de prisão de transgressores da lei, ao reprimir tumultos, ao manter a ordem ou em outra ação legal. Pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei nº 4.898/1965 define o crime de abuso de autoridade e estabelece punições para esta prática. A CID-10 adota o termo "intervenção legal e operações de guerra" e lhe atribui os códigos de Y35 a Y36.

- **Outros** - qualquer outro tipo de violência não contemplado nas categorias anteriormente citadas. É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR. Importante! Nos casos de tentativa de suicídio e autoagressão, especificá-los nesse campo

Embora todas as pessoas estejam sujeitas a sofrer ou cometer ações que configurem violências nas diversas ordens, cabe destacar que segundo os dados estatísticos, as maiores vítimas de violência – física, sexual, psicológica ou por negligência – são as crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas e outros grupos vulnerabilizados (população LGBT, população em situação de rua, população com deficiência e pessoas com sofrimento mental). Assim, se faz necessário entender e respeitar as peculiaridades no atendimento a esses grupos, com foco em um atendimento que ressalte o compromisso ético do profissional e atenda a solicitação de forma assertiva e resolutiva.

MOTIVAÇÃO PARA VIOLÊNCIA

- **Sexismo:** é uma ideologia que se pauta no suposto prestígio e poder masculinos sobre as mulheres. Reflete-se em um conjunto de condutas construídas, aprendidas e reforçadas culturalmente – cujo exercício está na tentativa e no controle da moral e da conduta femininas. Reflete-se na violência contra as mulheres em suas diversas formas. Pode aparecer por meio de xingamentos, atos, chantagens, exposição pública etc.
- **Homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia (LGBTQIA+FOBIA):** é a violência motivada e praticada em razão da orientação sexual ou da identidade de gênero presumida da vítima, podendo esta ser membro da população LGBTQIA+ ou não. A homofobia pode ser definida como a aversão irracional aos homossexuais e a todos que manifestem orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos padrões heteronormativos. Entre as variadas formas de manifestação dessas violências estão também a violência psicológica (insulto, constrangimento, ameaça) e os obstáculos ao acesso aos serviços, ao trabalho, e outras.
- **Racismo:** a crença de que é justa a divisão da sociedade em grupos definidos pela cor da pele, traços físicos e aspectos culturais, de forma a hierarquizá-la. O racismo é utilizado como justificativa para a discriminação contra determinados grupos. A discriminação racial ou étnico-racial é toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, o gozo ou o exercício, em igualdade de condições, de direitos e liberdades fundamentais, em quaisquer campos da vida pública ou privada, conforme Lei no 12.288/2010. No Brasil, o racismo e a discriminação racial são dirigidos principalmente contra as populações negra, indígena e quilombola.
- **Intolerância religiosa:** é um conjunto de ideologias e atitudes ofensivas a crenças e práticas religiosas ou a quem não segue uma religião. É um crime de ódio que fere a liberdade e a dignidade humana.
- **Xenofobia:** A xenofobia é uma forma de discriminação social que consiste na aversão a pessoas de diferentes culturas e nacionalidades. Considerada como crime de ódio, a xenofobia mostra-se por meio da humilhação, do constrangimento, das agressões física e moral àquele(a) que não é natural do

lugar do(a) agressor(a). Teoricamente, xenofobia é a aversão apenas a estrangeiros(as); contudo, não está estabelecido um termo técnico que designe a agressão e o desrespeito a pessoas de diferentes regiões do mesmo país e que também são considerados crimes de ódio. Portanto, a ocorrência de violência motivada por aversão a pessoas do próprio país – provindas de diferentes regiões geográficas ou localidades – deve ser registrada nesta categoria.

- **Conflito geracional:** é um conflito que descreve discrepâncias culturais, sociais ou econômicas entre duas gerações, que pode ser causada por trocas de valores ou conflitos de interesse entre gerações mais jovens e gerações mais idosas.
- **Situação de rua:** considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza Secretaria de Vigilância em Saúde/MS 56 os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto nº 7.053/2009).
- **Deficiência:** quando a violência é motivada por preconceito, desrespeito ou por qualquer tipo de discriminação à condição das pessoas com deficiência.
- **Outros:** qualquer outro tipo de motivação à violência que não as contempladas nas categorias anteriores. Especificar a motivação.
- **Não se aplica:** permanece na ficha de notificação individual para efeitos do sistema, mas deve-se evitar a utilização deste campo.
- **Ignorado:** quando a pessoa atendida não identificar uma motivação para a violência sofrida ou não puder informar sobre a motivação da violência.

PRINCIPAIS ABORDAGENS NO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Muitas pessoas que recorrem aos serviços de saúde com queixa de enxaquecas, gastrites, dores difusas e outros problemas vivem situações de violência dentro de suas próprias casas. Sabemos que a ligação entre a violência e a saúde se tem tornado cada vez mais evidente, embora a maioria das vítimas não relate que viveu ou vive em situação de violência.

O efeito também é social, pois afeta o bem-estar, a produtividade, o desenvolvimento pessoal e a autoestima da vítima. O enfrentamento desse fenômeno exige uma convergência de medidas de impacto, visando a ações de prevenção, segurança, melhoria dos registros ambulatoriais, hospitalares e à capacitação de recursos humanos para prevenção e atendimento às vítimas de violência.

A principal dificuldade dos profissionais, apontada pela literatura especializada, são quais os procedimentos devem ser realizados após a identificação, e quais ações devem ser feitas, na prática, ao se identificar uma vítima de violência. Além disso, deve haver habilidade no manejo dessas situações, colocando o serviço de saúde como aliado na saúde da vítima.

Nesse contexto, os profissionais encontram-se diante do desafio de evitar "as formas traumáticas de intervenção", além de estar sensibilizados e capacitados para identificar e tratar os pacientes que apresentem sintomas que possam estar relacionados ao abuso e à agressão, possibilitando, dessa forma, um atendimento integral e de qualidade.

Com o objetivo de orientar e sistematizar as condutas dos profissionais para a identificação dos diversos tipos de violência – física, sexual, psicológica e negligência –, propomos que sejam realizados os seguintes passos: acolhimento; notificação e intervenção, de acordo com o serviço prestado na rede e a garantia do acompanhamento e seguimento a fim de se alcançar a reestruturação emocional e reintegração social da vítima. A seguir detalhamos cada um desses passos.

1. ACOLHIMENTO

O acolhimento da pessoa em situação de violência deve ocorrer em todos os locais e momentos do processo de produção do cuidado, diferenciando-se da tradicional triagem. O acolhimento representa a primeira etapa do atendimento e nele são fundamentais: ética, privacidade, confidencialidade, empatia e sigilo.

Como construir uma ambiência acolhedora:

- O acolhimento das pessoas vítimas de violência pode ser feito por qualquer profissional da equipe e deve acontecer sempre de forma empática e respeitosa. É relevante que o profissional deixe claro para o paciente a sua disponibilidade para escutá-lo, sem fazer julgamentos, favorecendo o vínculo de confiança e a continuidade do cuidado;
- Se assim for autorizado, a família ou outro membro de confiança da vítima podem ser envolvidos no atendimento para contribuir com o tratamento;

- Propiciar um ambiente reservado para expressão dos sentimentos e fatos ocorridos. Escutar. Dar atendimento humanizado. Demonstrar sempre muita atenção e compreensão;
- Permitir a expressão dos sentimentos de tristeza, raiva e medo;
- Não fazer promessas que você não possa cumprir, **nem prometer guardar segredo** antes de saber o que será revelado. Respeitar a singularidade de cada paciente;
- Acompanhar o caso e proceder aos encaminhamentos necessários, desde sua entrada no setor saúde até o seguimento para a rede de cuidados e de proteção social. Atuar de forma conjunta com toda a equipe;
- Se for o caso, estimular o paciente e acompanhante(s) a procurar a autoridade policial para medidas legais cabíveis ao agressor. Orientar sobre a importância do registro do boletim de ocorrência;
- Os serviços de saúde **NÃO** substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a Medicina Legal, nem os da Proteção Social. Importante destacar que possuem o papel de atuar de forma integrada;
- É importante registrar que não haverá formalização de laudo pericial pelos profissionais do SUS, mas tão somente a realização do exame físico, a descrição das lesões, o registro de informações e os devidos encaminhamentos;
- Conduzir para o atendimento conforme orientações abaixo e do fluxograma específico.

A violência é crime! Nenhuma vítima é capaz de esquecê-la.
Mas um atendimento acolhedor, receptivo e, acima de tudo, humano pode ajudá-la a superar.

2. NOTIFICAÇÃO

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2006, através da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, sendo composto por dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência (VIVA Inquérito).

A notificação é um instrumento de garantia de direitos e não uma denúncia. Lembramos que é por meio da Notificação que se cria o elo entre a área da saúde e o sistema legal, iniciando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional de atuação fundamental nesses casos, além de permitir o dimensionamento epidemiológico da violência. Ressalta-se que a Notificação é de suma importância para a proteção integral das vítimas e responsabilização, reeducação e tratamento dos autores de agressões, além de proporcionar a visibilidade do fenômeno, subsidiando implantação/implementação de políticas públicas para seu enfrentamento.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela implantação da vigilância contínua de violências, que inclui também a digitação, a consolidação, a análise dos dados, a disseminação das informações e o envio das bases para as

respectivas Secretarias de Estado de Saúde (SES) e, posteriormente, ao Ministério da Saúde.

A notificação é uma obrigação institucional, cabendo aos serviços, aos(às) gestores(as) e/ou aos(às) profissionais a responsabilidade de realizar a notificação compulsória em conformidade com a legislação vigente.

A ficha de notificação individual é estruturada, respectivamente, **em dez blocos**, sendo eles: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da Violência, Encaminhamento e Dados Finais; além de campos destinados para informações complementares e observações.

A notificação deve ser preenchida em duas vias: uma fica na unidade notificadora, enquanto a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica para digitação e consolidação dos dados.

No caso de crianças e adolescentes, uma comunicação do caso deve **OBRIGATORIAMENTE** ser feita ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme exigência do ECA. A comunicação às autoridades competentes (delegacias especializadas, Ministério Público, Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa) também se aplica aos casos de suspeita ou confirmação de violências contra pessoas idosas, conforme determina o Estatuto do Idoso.

Desde 2011, com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências tornaram-se compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, do Brasil. Sendo assim, a **notificação de violência é compulsória** para:

- **Violência contra criança** – ambos os sexos, na faixa etária de zero a 9 anos, independentemente do tipo ou da natureza da violência.
- **Violência contra adolescente** – ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 19 anos, independentemente do tipo ou da natureza da violência.
- **Violência contra a mulher** – mulheres de todas as idades, independentemente do tipo ou da natureza da violência, de acordo com a Lei no 10.778/2003.
- **Violência contra a pessoa idosa** – pessoas com 60 anos de idade ou mais e de ambos os sexos, independentemente do tipo ou da natureza da violência. Os casos suspeitos ou confirmados de atos de violência contra os(as) idosos(as) devem ser notificados compulsoriamente pelos serviços de saúde em conformidade com o artigo 19 do Estatuto do Idoso, Lei no 10.741/2003, que foi alterada pela Lei 12.461/2011.
- **Violência contra indígenas** – ambos os sexos e em todas as idades, independentemente do tipo ou da natureza da violência. Populações indígenas encontram-se em situação de vulnerabilidade em função das mudanças culturais e relacionais provindas do contato com a sociedade envolvente e da assimetria nas relações de poder entre indígenas e não indígenas. Devem-se levar em consideração as perspectivas indígenas sobre esses eventos. (A Convenção no 169/1996 da OIT traz orientações quanto às especificidades dos povos indígenas e à proteção de seus direitos).
- **Violência contra pessoas com deficiência** – ambos os sexos e em todas as idades, independentemente do tipo ou da natureza da violência, em função da

marcante assimetria nas relações de poder entre as pessoas com e sem deficiência.

- **População LGBTQIA+** – ambos os sexos e em todas as idades, em função da vulnerabilidade deste grupo social às violências, e de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Portaria no 2.836, de 1º de dezembro de 2011).

Em 2014, a Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014, atualizou a lista de doenças e agravos de notificação compulsória atribuindo caráter imediato (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) à notificação de casos de violência sexual e tentativa de suicídio para as Secretarias Municipais de Saúde. São objetos de **notificação imediata** à autoridade sanitária municipal os casos de:

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

A notificação imediata possibilita a intervenção individual adequada em tempo oportuno, pois subsidia medidas de prevenção que têm como base conhecer, identificar fatores de risco e proteção, cuidar dos casos e acompanhá-los.

2.1 Preenchimento da Ficha de Notificação

Os profissionais que atuam nas unidades devem atentar-se para um preenchimento mais padronizado dessa ferramenta de coleta de dados. Sendo assim, elencamos itens que devem ter maior atenção no momento do preenchimento.

2.1.1 Lesão Autoprovocada

Nos casos em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma ou tentativa de autoextermínio. Considera-se tentativa de suicídio o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação.

Quando esta variável for preenchida com "1 – Sim" no campo 54, preencher o campo 56 com "1 – Sim", no quadrículo "Outros", e especificar se foi autoagressão ou tentativa de suicídio. Preencher o campo 57 com o meio utilizado para realizar a lesão autoprovocada, incluindo crianças.

2.1.2 Motivação para violência

No item da ficha de Notificação destinada ao preenchimento da Motivação deve-se: preencher os quadrículos com o código correspondente à motivação da violência segundo a relação a seguir. Caso tenha mais de uma motivação, registrar a motivação que mais contribuiu para a ocorrência da violência.

As conceituações dos tipos de Motivação estão elencadas no capítulo anterior desse documento

2.1.3 Tipo de Violência

Preencher o(s) quadrículo(s) do tipo de violência no campo 56 de acordo com os seguintes códigos: 1 – Sim; 2 – Não; 9 – Ignorado. Lembre-se que, em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de violência. Entretanto, para fins de registro no Sinan, deverá ser assinalado somente o principal tipo de violência.

OBS: Os demais quadrículos não devem ser preenchidos e, caso haja alguma violência secundária perpetrada pelo mesmo(a) autor(a), registar essa informação no campo de observações adicionais. Caso assinale "Outros", É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.

Caso tenha ocorrido violência sexual, preencher no campo 58 o(s) quadrículo(s) de acordo com o código correspondente: 1 – Sim; 2 – Não; 8 – Não se aplica; 9 – Ignorado. Pode haver mais de um tipo de violência sexual.

Caso o quadrículo "Sexual" do item 56 (Tipo de violência) seja preenchido com os códigos "2 – Não" ou "9 – Ignorado", preencher todos os quadrículos dos itens 58 e 59 com o código "8 – Não se aplica".

As conceituações dos tipos de violência estão elencadas no capítulo anterior desse documento

2.1.4 Procedimento realizado

Preencher o(s) quadrículo(s) do(s) procedimento(s) realizado(s) no atendimento da pessoa atendida/vítima de violência de acordo com os seguintes códigos: 1 – Sim; 2 – Não; 8 – Não se aplica; 9 – Ignorado.

Se a pessoa atendida/vítima for do sexo masculino, preencher os quadrículos referentes à "Coleta de secreção vaginal", "Contracepção de emergência" e "Aborto previsto em lei" com a opção "8 – Não se aplica".

OBS: Pode haver mais de um procedimento realizado para a mesma pessoa atendida/vítima. Nesse caso, preencher os quadrículos correspondentes.

Por fim, reitera-se a importância da notificação como instrumento de cuidado e garantia de direitos. A notificação se constitui como uma primeira etapa para a inclusão de pessoas em situação de violência em linhas de cuidado, a fim de prover atenção integral a essas pessoas e garantir seus direitos.

TANTO CASO SUSPEITO QUANTO CASO CONFIRMADODEVEM SER NOTIFICADOS

3. INTERVENÇÃO

Considerando que a violência possui causas multifatoriais e necessita de uma intervenção interdisciplinar para o atendimento resolutivo, e todos os profissionais que possuem contato direto com o paciente têm importância crucial na identificação, notificação e intervenção nas situações de violência dentro de suas especificidades. Trabalhar de forma interdisciplinar possibilita a partilha de conhecimentos e percepções sobre a condução do caso e os desfechos esperados pelas equipes, evitando ações precipitadas que venham acarretar o afastando da família dos serviços.

As situações de violência são complexas por natureza. É comum que envolva ações da família, da sociedade, dos órgãos governamentais e não-governamentais. Dada a essa complexidade, a intervenção nos casos de violência deve prezar pela atuação multidisciplinar e intersetorial, envolvendo, **vários atores e atrizes sociais, tais** como: Educação, Saúde, Assistência Social – CRAS e CREAS, Segurança Pública – Delegacia de Atendimento à Mulher, Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente e as demais delegacias, Conselho Tutelar e do Idoso, ONGs, Promotorias, Comissão de Direitos Humanos, Igrejas, sociedade civil – lideranças comunitárias, entre outras.

Cada instituição tem importância no enfrentamento à violência, seja na forma de acolhimento, atendimento, proteção, prevenção, responsabilização do agressor, discussão de alternativas e união de esforços para enfrentar a violência. A promoção adequada da articulação do caso no território é essencial ao atendimento psicológico e medidas de fortalecimento à vítima, ajudando-a a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida. As equipes necessitam, também, de espaços e acolhimento, escuta e apoio para a condução compartilhada dos casos em situação de violência.

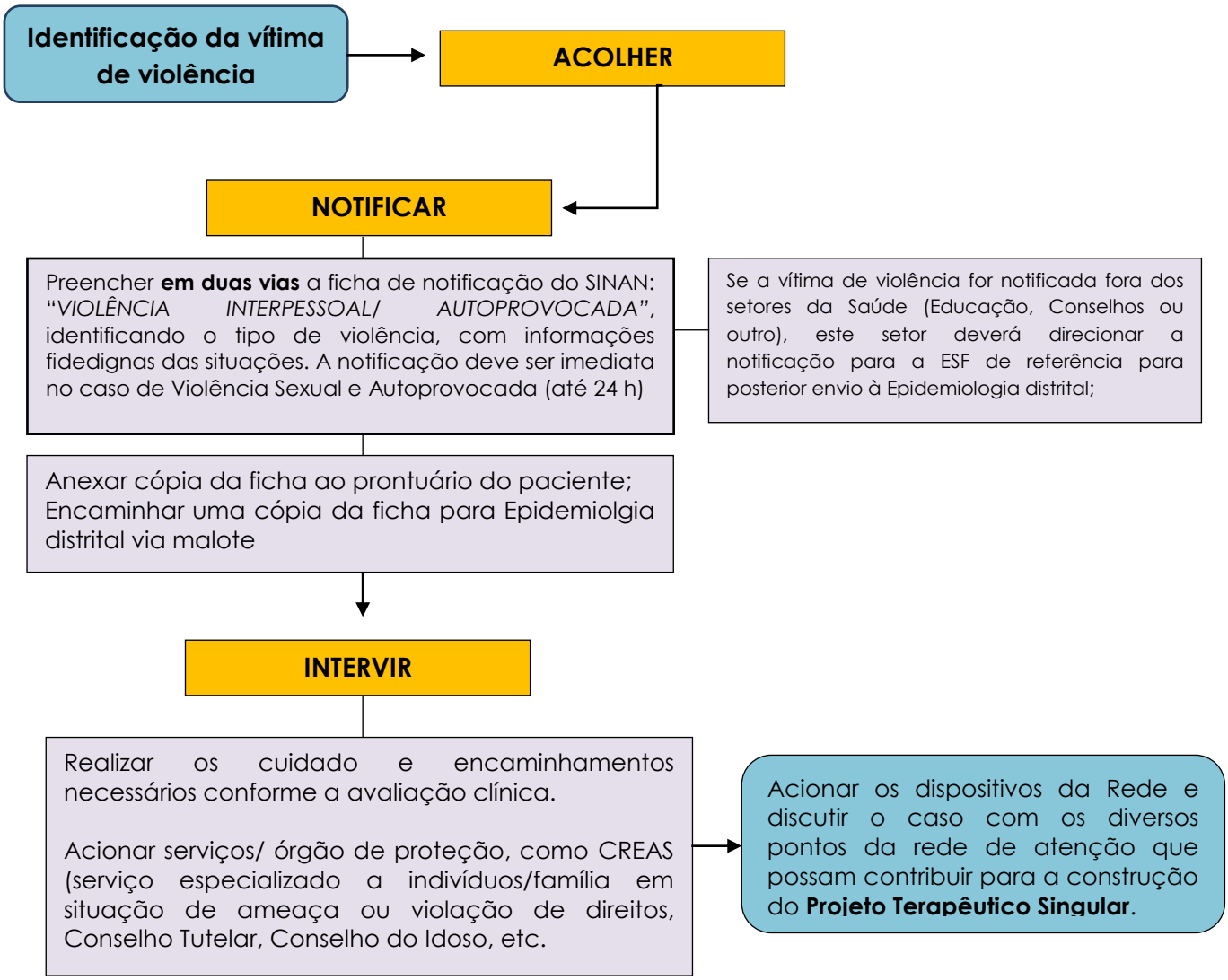
DEVEMOS EVITAR A REVITIMIZAÇÃO

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

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

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

Fluxo de Abordagem as Vítimas de Violência



Neste contexto, para assegurar um atendimento que respeite as singularidades dos sujeitos vítimas de qualquer tipo ou forma de violência, a postura e as ações dos profissionais devem estar baseadas na competência técnica e no afeto nas relações interpessoais, sendo esta uma condição necessária para os propósitos da atenção qualificada. Portanto, além de seguir o Fluxo de Abordagem as Vítimas de Violência, deve-se orientar a população da importância do registro do Boletim de Ocorrência e da possibilidade de Denúncia, ao se tratar de alguém próximo ou conhecido, como acionamento dos seguintes serviços:

- A denúncia pode ser feita pelo **Disque 100**(Departamento de Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos). O **Disque 100** é um serviço de atendimento telefônico gratuito, funciona 24 horas por dia, os 7 dias da semana.
- Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência: 3392-2810 - cmdpd@contagem.mg.gov.br;
- A denúncia também pode ser através da **DECRIN -** Delegacia Especializada em Repressão aos crimes de Racismo, Xenofobia, Homofobia e Intolerâncias Correlatas – Telefone**: (31) 3335-0452.**Nos casos de Racismo é necessário registrar

um Boletim de Ocorrência, crime de injúria racial (art. 140 – Código Penal) ou racismo (artigos 3.º a 20.º da Lei 7716/89). É possível indicar e/ou apresentar provas que sustentem a ocorrência da violência, tais como testemunhas, gravações e documentos. Exigir que a discriminação sofrida, que caracteriza como crime de injúria racial ou racismo, conste na descrição do Boletim de Ocorrência.

- **Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial de Contagem; Rua José Carlos Camargos, 218 -Centro; E-mail: cmpir.contagem@gmail.com - Fone: 3398-4268**
- Em casos de LGBTFOBIA em páginas da internet ou em redes sociais, é necessário que o usuário acesse o portal da Safernet - https://new.safernet.org.br/ e escolha o motivo da denúncia. Feito isso, o próximo passo é enviar o link do site em que o crime foi cometido e resumir a denúncia. Aproveite e tire prints da tela para que você possa comprovar o crime. Depois disso, é gerado um número de protocolo para acompanhar o processo.
- **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.

IMPORTANTE:

Ao realizar encaminhamento para outro setor ou serviço da rede de atenção, os conceitos de **Referência** e **Contrarreferência** deverão ser observados, bem como a brevidade na prestação do serviço e os cuidados necessários que diminuam revitimização do atendido.

Por **Referência** e **Contrarreferência** em Saúde, entenda-se mecanismos do Sistema Único de Saúde (**SUS**), que favoreçam a troca de informações na rede de atenção, o trânsito do usuário no sistema, e a continuidade do cuidado. Uma potente ferramenta na promoção da prática integral do cuidado em saúde.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA/NEGLIGÊNCIA/ABANDONO E OUTRAS

A violência psicológica se caracteriza por práticas de humilhação, constrangimento, chantagem, ameaças e desprezo. Essa forma de violência pode trazer como consequência o isolamento, o sentimento de solidão, a tristeza, e muitas vezes, a depressão. As consequências desses atos ou omissões podem acarretar a morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico dos sujeitos. É importante destacar que a Lei nº 14.188, de 29 de julho de 2021, incluiu no Código Penal o crime de violência psicológica contra mulher.

Por sua vez, Negligência/abandono caracteriza-se pela omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência.

1. ATENDIMENTO A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

Proteger a identidade da criança e do adolescente abusados deve ser um compromisso ético-profissional. Conforme previsto no Art. 17 do ECA "O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais".

A consulta com a criança/adolescente deve ser um momento de privacidade, a fim de favorecer a expressão de sentimentos; da situação de violência; sua relação com a família, amigos, escola e outros.

Ressalta-se que o adolescente tem direito ao sigilo e à confidencialidade das informações. No entanto, isso deve ser rompido nas situações previstas por lei, como nos casos de violência ou de risco à vida, sendo, portanto, necessária a notificação ao Conselho Tutelar.

É relevante que o profissional deixe claro para o paciente a sua disponibilidade para escutá-lo, sem fazer julgamentos, favorecendo o vínculo de confiança. A família deve ser envolvida no atendimento, para que possa contribuir com o tratamento do paciente, além de possibilitar uma melhor relação entre seus membros. Em situações de violência é importante:

- Contatar imediatamente a família;
- Observar o relato e a atitude dos pais durante a consulta;
- Explicar claramente que a família poderá beneficiar-se de ajuda mútua;
- Acompanhar os desdobramentos da notificação;
- Se o agressor é alguém da família, não é conveniente informá-lo imediatamente. A criança poderá sofrer riscos ainda maiores. Nesse caso, deve-se entrar em contato, de modo estratégico, com membros não agressores, de preferência com indicação da criança;
- Orientar sobre a importância do tratamento para o agressor, se ele for da família;

QUADRO 1- Indicadores de violência psicológica / negligência contra a criança e adolescente

TIPO	INDICADORES	COMPORTAMENTO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE	CARACTERÍSTICA DA FAMÍLIA
Violência psicológica	• Problemas de saúde como obesidade, afecção da pele, distúrbios do sono e dificuldades na fala; • Comportamentos infantis; • Enurese noturna.	• Comportamentos extremos de timidez ou agressividade, destrutividade e autodestrutividade; • Problemas do sono; Isolamento; • Baixo conceito de si próprio; • Abatimento profundo, tristeza; • Ideia e tentativa de suicídio; insegurança	• Tem expectativas irreais sobre a criança; • Rejeita; • Aterroriza; • Ignora; • Desqualifica; • Exige em demasia; Corrompe; • Isola; • Descreve a criança como má, diferente das demais.
Negligência	• Padrão de crescimento deficiente; • Fadiga constante e pouca atenção; • Problemas físicos e necessidades não atendidas; • Doenças parasitárias ou infecciosas frequentes. • Lesões de pele frequentes ou dermatite de fraldas de repetição (sem tentativas eficientes de tratamento). • Cáries dentárias (sem procura ou persistência no tratamento).	• Comportamentos extremos de hiper ou hipoatividade; • Contínuas faltas ou atrasos à escola ou ao médico; • Comportamentos infantis ou depressivos; • Dificuldade na aprendizagem • Uso de roupas inadequadas à idade, ao sexo, ao clima ou à condição social. • Vestimenta inadequada ao clima • Atraso na escolaridade, por não procura ou por fracasso	• É apática e passiva, não se importando muito com a situação da criança; • Tem baixa auto-estima e severo desleixo com higiene; • É despreocupada em resolver as necessidades de atenção da criança.

4.1 Negligência ou Abandono

A negligência e a omissão de cuidados são mais comuns em crianças, mas também pode ocorrer na adolescência e caracteriza-se:

a. Pelo descaso com o bem-estar e a segurança da criança ou do adolescente, com a afetividade, a educação ou a detecção de atrasos de desenvolvimento sem causa orgânica aparente. São indícios de que se deve realizar uma investigação detalhada da situação familiar.
b. Pela recusa dos pais em aceitar as orientações do calendário vacinal, tratamentos medicamentosos, orientação educacional e preventiva.

Comportamentos indicativos de negligência dos pais/responsáveis:

- Descaso com a higiene e o aspecto pessoal da criança.
- Descuido na guarda, no preparo ou na oferta dos alimentos à criança.
- Ausência de acompanhamento ou preocupação dos responsáveis com o rendimento escolar.
- Culpabilização da criança e do adolescente ou ainda da unidade educacional quanto às dificuldades apresentadas por ela.
- Descuido com a segurança da criança e ocasionalmente do adolescente e ausência de medidas na prevenção de acidentes.
- Descaso no acompanhamento e seguimento do calendário vacinal, de higiene e nutrição.
- Demora inexplicável na procura de recursos médicos diante de sinais de doença, não seguimento de recomendações ou escolha por tratamentos inadequados para a criança e ao adolescente.
- Falta ou acompanhamento irregular dos tratamentos medicamentosos ou de habilitação ou reabilitação da doença crônica ou da deficiência.
- Falta de proteção ou defesa contra acidentes e/ou violência praticada por outros.
- Ausência de preocupação na escolha ou com a segurança dos locais onde a criança e/ou o adolescente é deixado ou com os escolhidos como seus cuidadores – terceirização do cuidado.

4.2 Violência Psicológica

É toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem

A violência psicológica na infância pode desencadear sintomas agudos de sofrimento e, progressivamente, vir a bloquear ou a impedir o curso normal do desenvolvimento, num processo crônico que deixará sequelas em vários níveis de gravidade. Surgem como sinais de angústia e ansiedade que acabam por determinar problemas comportamentais, que fogem ao padrão habitual e motivam a procura dos serviços de saúde.

<u>Conduta:</u>

- Realizar exame físico criterioso e detalhado, registrado no prontuário. Alguns exames laboratoriais podem ser necessários para esclarecer dúvidas sobre outras condições que possam ser causadoras de sinais e sintomas clínicos apresentados pela criança ou pelo adolescente.
- Orientar a família.
- Notificar:
  - ✓ Preencher em 2 vias da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL- VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA
  - ✓ Anexar uma via da Ficha ao prontuário.
  - ✓ Somente em casos graves, encaminhar para Delegacia de Polícia.

- ✓ Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para Epidemiologia.
- Encaminhar relatório ao Conselho Tutelar por e-mail e realizar contato telefônico para discussão do caso.
- Quando necessário,discutir o caso nas reuniõesIntersetoriais – Conselho Tutelar, Educação, CREAS, CRAS para discussão do caso e proposição de melhor conduta e construção do **Projeto Terapêutico Singular**.

Conduta:

- Realizar exame físico criterioso e detalhado, registrado no prontuário. Alguns exames laboratoriais podem ser necessários para esclarecer dúvidas sobre outras condições que possam ser causadoras de sinais e sintomas clínicos apresentados pela criança ou pelo adolescente.
- Orientar a família.
- Notificar:
  - ✓ Preencher em duas vias da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL- VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA
  - ✓ Anexar uma via da Ficha ao prontuário.
  - ✓ Somente em casos graves, encaminhar para Delegacia de Polícia.
  - ✓ Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para Epidemiologia.
- Encaminhar relatório ao Conselho Tutelar por e-mail e realizar contato telefônico para discussão do caso.
- Discutir o caso nas Reuniões Intersetoriais. Quando necessário, acionar a Rede Intersetorial – Conselho Tutelar, Educação, CREAS, CRAS para discussão do caso e proposição de melhor conduta e construção do **Projeto Terapêutico Singular**.

RECOMENDAÇÕES

- Os casos de violência contra a criança/adolescente necessitam de uma intervenção ampliada, com a participação de uma equipe interdisciplinar: assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo e outros que atuam no atendimento, pois é necessária uma discussão sobre os desfechos que a equipe de saúde pretende alcançar, evitando medidas precipitadas, que podem acabar afastando a família.

- O Estatuto da Criança e Adolescente – ECA – prevê que os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança e o adolescente devem ser comunicados ao Conselho Tutelar ou à autoridade competente da localidade.

- O profissional de saúde deve priorizar a assistência à criança e a sua família e encaminhar o caso aos órgãos de proteção, responsabilização e atendimento/acompanhamento

- O atendimento em grupo é uma excelente estratégia para desenvolver habilidades e favorecer a expressão de sentimentos, a socialização de informações, a formação de redes afetivas e superar a situação de violência.

2. ATENDIMENTO A MULHER

Com frequência as mulheres procuram ajuda nos serviços de saúde em decorrência de palpitações, ansiedade, nervosismo, insônia ou perturbações digestivas vagas que podem ser sintomas decorrentes da tensão e da violência em seu cotidiano. Antes de medicá-las, os profissionais de saúde devem sempre procurar conhecer sua história de vida, pois o tratamento meramente sintomático manterá oculto o problema. A maioria das mulheres, se perguntadas abertamente, discutirá as situações de violência que vivenciam. Mesmo que num primeiro momento elas neguem por não "estarem preparadas para lidar com o problema, o questionamento pelo profissional de saúde, de maneira cuidadosa, facilita o início de um diálogo e a possibilidade de um canal de ajuda.

A visita domiciliar é de grande importância, pois permite a observação mais adequada para identificar, com mais segurança, a situação de violência.

5.1 Violência Psicológica

A violência psicológica tanto no ambiente familiar quanto no ambiente de trabalho aniquila os sonhos, planos, autoestima, carreira e em muitos casos, a vida da vítima, uma vez que não são poucos os casos em que a vítima desenvolve depressão, e outros problemas de ordem psicológica.

O tema é tão grave e preocupante que a Lei Maria da Penha em seu inciso II do artigo 7°, caracterizou a violência psicológica como conduta criminosa, seguindo a orientação da Organização Mundial da Saúde. Diz o texto:

> *Qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradas ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição costumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.*

A violência psicológica pode ser identificada entre outras formas, através de xingamentos, atitudes que humilham, menosprezam ou afastam a vítima de seus familiares e amigos. Numa relação afetiva, o agressor geralmente ofende as mudanças do corpo, xingando a mulher de gorda, ou magra demais, as roupas por considerar chamativas ou vulgares demais, e qualquer outra coisa que o desagrade ou considere ofensiva ou ameaçadora.

<u>Conduta:</u>

- Realizar exame físico criterioso e detalhado, registrado no prontuário. Alguns exames laboratoriais podem ser necessários para esclarecer dúvidas sobre outras condições que possam ser causadoras de sinais e sintomas clínicos apresentados pela paciente.

- Notificar:
    - ✓ Preencher em 2 vias da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL- VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (ANEXO 1).
    - ✓ Anexar uma via da Ficha ao prontuário.
    - ✓ Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para Epidemiologia.
- Orientar a mulher a fazer a denúncia na DEAM ou outra Delegacia de Polícia.
- Discutir o caso nas reuniões Intersetoriais para proposição de melhor conduta.

OBSERVAÇÃO: A mulher perante a lei se representa. Assim, somente ela poderá realizar a denúncia na Delegacia de Polícia. No entanto, o profissional poderá orientar a mulher a realizar a denúncia em qualquer Delegacia de Polícia.

4. ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA

As pessoas idosas tomam-se mais vulneráveis à violência intradomiciliar à medida que necessitam de maiores cuidados. Quanto maior a dependência funcional ou mental, maior a vulnerabilidade. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados agravam esta situação.

A violência contra a pessoa idosa é qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privada, que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico e pode assumir várias formas e ocorrer em diferentes situações. O estatuto do Idoso, Lei 10.741 em 01/10/2003 (BRASIL, 2003) alterada pela Lei 12.461 de 26/07/2011(BRASIL, 2011), estabelece a Notificação Compulsória dos casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra as pessoas idosas. Para enfrentar esse problema é necessária a construção de uma rede integrada de atendimento envolvendo diferentes setores (governamentais e não governamentais) para atuação conjunta com a área de saúde. Nesse contexto, as equipes de Saúde da Família, ao lado de outros profissionais que lidam diretamente com esta população têm um papel relevante no sentido de dar maior visibilidade ao problema, visando a identificação de estratégias específicas para cada local.

Fatores de risco para violência contra o idoso:

a. Quando existe dependência pelo declínio cognitivo, a perda de memória ou dificuldades motoras para realizar atividades do cotidiano;
b. A pobreza: pode levar a falta de cuidados básicos com a alimentação e/ou higiene, pois o idoso pode ficar sozinho em casa porque sua família precisa trabalhar para comprar seus remédios;
c. Quando possui auxílio de apenas uma pessoa. Isso acontece porque os familiares não podem ou não querem participar do cuidado;
d. A procura de cuidados médicos constantes;
e. Quando há repetidas ausências às consultas agendadas;
f. Explicações improváveis sua ou de seus familiares para determinadas lesões e traumas;
g. Três ou mais quedas por ano podem ser indicadores de existência de violência

6.1Violência Psicológica contra a pessoa idosa

Toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.

Conduta:

- Realizar exame físico criterioso e detalhado, registrado no prontuário. Alguns exames laboratoriais podem ser necessários para esclarecer dúvidas sobre outras condições que possam ser causadoras de sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente.
- Realizar anamnese (com quem reside, se é dependente de cuidados, se tem vínculo afetivo com a família, quem controla suas finanças etc.).
- A visita domiciliar realizada pela equipe (médico, enfermeiro, assistente social, agente de saúde) possibilita uma melhor avaliação das condições do idoso. Além disso, durante estas visitas é possível obter informações difíceis de serem levantadas em consultório, como o meio ambiente em que o idoso vive, a qualidade real de sua autonomia e as condições do cuidador.
- Notificar:
    - ✓ Preencher em 2 vias da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL-VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (ANEXO 1).
    - ✓ Anexar uma via da Ficha ao prontuário.
    - ✓ Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para Epidemiologia.
    - ✓ Encaminhar relatório para o Conselho Municipal do Idoso: comic@contagem.mg.gov.br
- Discutir o caso nas reuniões Intersetoriaisou acionar a Rede Intersetorial- Conselho Municipal do Idoso, para discussão do caso e proposição de melhor conduta.

6.2 Negligência ou Abandono contra a pessoa idosa

É a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. O abandono é uma forma extrema de negligência.

Conduta:

- Realizar anamnese (com quem reside, se é dependente de cuidados, se tem vínculo afetivo com a família, quem controla suas finanças etc.).
- Realizar exame físico criterioso e detalhado, registrado no prontuário. Alguns exames laboratoriais podem ser necessários para esclarecer dúvidas sobre outras condições que possam ser causadoras de sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente.
- A visita domiciliar realizada pela equipe (médico, enfermeiro, assistente social, agente de saúde) possibilita uma melhor avaliação das condições do idoso. Além disso, durante estas visitas é possível obter informações difíceis de serem levantadas em consultório, como o meio ambiente em que o idoso vive, a qualidade real de sua autonomia e as condições do cuidador.

- Observar se a aposentadoria ou fonte de renda do idoso está sendo utilizada indevidamente por familiares ou cuidadores (ex.: a falta de uso da medicação, de alimentação ou vestuário pela falta de recursos financeiros).
- Notificar:
  - ✓ Preencher em 2 vias da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL- VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (ANEXO 1).
  - ✓ Anexar uma via da Ficha ao prontuário.
  - ✓ Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para Epidemiologia.
  - ✓ Encaminhar relatório para o Conselho Municipal do Idoso: comic@contagem.mg.gov.br
- Discutir o caso nas reuniões intersetoriais ou Acionar a Rede Intersetorial – Conselho Municipal do Idoso (COMIC), para discussão do caso e proposição de melhor conduta.

ATENÇÃO: vários estudos apontam um aumento de suicídios particularmente entre homens idosos; e de tentativas de suicídio e ideações em pessoas de ambos os sexos. Fique atento aos quadros de isolamento social, à perda do gosto pela vida e depressão. Idosos com mobilidade reduzida, aqueles restritos ao leito e demenciados podem estar mais susceptíveis às várias formas de violência.

QUADRO 2 - Tipos de Violência na Pessoa Idosa

TIPO DE VIOLENCIA	PRINCIPAIS SINAIS
PSICOLÓGICA	• Comportamentos anormais; • O idoso parece ter medo dos seus cuidadores/não os quer "chatear"; • O idoso passa a ter medo de coisas que antes não tinha; • Não quer ficar sozinho; • Implora que não vá embora depois de uma visita habitual; • Deixa de conversar como antes; • Sinais de depressão, nervosismo, ansiedade; • O idoso chora com facilidade; • Não responde a questões ou dá explicações questionáveis sobre o seu estado ou algo que lhe tenha acontecido; • Sempre olha para os lados como se quisesse dizer algo; • As visitas aos idosos são feitas exclusivamente na presença do seu Cuidador.
NEGLIGÊNCIA/ ABANDONO/ PATRIMONIAL	• Sinais de desidratação e/ou desnutrição; • Feridas pelo corpo; • Cabelo por lavar; • Unhas dos pés e mãos por cortar; • Odores corporais; • Higiene domiciliar comprometida; • Corte de água, telefone, eletricidade ou gás (contas por pagar); • Geladeira vazia e alimentos estragados; • Lençóis de cama/toalhas de banho por mudar; • Medicamentos por tomar ou inexistentes; • Consultas médicas esquecidas e/ou não marcadas; • Sonolência constante; • Roupa do idoso por lavar, o idoso está sempre vestido com a mesma roupa; • Desaparecimento inexplicado de óculos, aparelhos de audição, dentaduras ou outros equipamentos de auxílio; • Múltiplos empréstimos na renda mensal do idoso.

6.3 Violência Patrimonial contra a pessoa idosa

O termo abuso econômico-financeiro e patrimonial se refere, principalmente, às disputas de familiares pela posse dos bens ou a ações delituosas cometidas por órgãos públicos e privados em relação às pensões, aposentadorias e outros bens da pessoa idosa. Além dos familiares, há casos em que até vizinhos se apossam, por exemplo, do cartão de benefício da pessoa idosa que tem algum tipo de dependência, sobretudo quando ela vive sozinha, deixando-a à míngua e passando necessidades.

Conduta:

- Realizar anamnese (com quem reside, se é dependente de cuidados, se tem vínculo afetivo com a família, quem controla suas finanças etc.).
- Observar se a aposentadoria ou fonte de renda do idoso está sendo utilizada indevidamente por familiares ou cuidadores (ex.: a falta de uso da medicação, de alimentação ou vestuário pela falta de recursos financeiros).
- A visita domiciliar realizada pela equipe (médico, enfermeiro, assistente social, agente de saúde) possibilita uma melhor avaliação das condições do idoso. Além disso, durante estas visitas é possível obter informações difíceis de serem levantadas em consultório, como o meio ambiente em que o idoso vive, a qualidade real de sua autonomia e as condições do cuidador.
- Notificar:
    - ✓ Preencher em 2 vias da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL- VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (ANEXO 1).
    - ✓ Anexar uma via da Ficha ao prontuário.
    - ✓ Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para Epidemiologia.
    - ✓ Encaminhar relatório para o Conselho Municipal do Idoso: comic@contagem.mg.gov.br
- Discutir o caso nas reuniões Intersetoriais ou acionar a Rede Intersetorial – Conselho Municipal do Idoso (COMIC), para discussão do caso e proposição de melhor conduta.

IMPORTANTE:

Quando falamos de violência contra a população LGBTQIA+, a violência psicológica ocupa um espaço muito significativo nos relatos e estatísticas existentes. A simples demonstração de afeto ou da sua orientação sexual em público basta para ser alvo de algum tipo de discriminação. Qualquer que seja a forma de discriminação é importante que a vítima seja orientada a denunciar o ocorrido. A orientação sexual ou a identidade de gênero não deve, em hipótese alguma, ser motivo para o tratamento degradante de um ser humano.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA, PSICOLÓGICA/NEGLIGÊNCIA/ABANDONO e outras (*1)

IDENTIFICAÇÃO E ACOLHIMENTODE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA/ NEGLIGÊNCIA/ ABANDONO e outras-
Casos suspeitos ou confirmados
pela: Saúde, Educação, Unidade de Assistência Social (CRAS /CREAS), Conselho tutelar (CT) e outros

- Acolher;
- Preencher **"Ficha Interpessoal/Autoprovocada"** e encaminhar para UBS. UBS encaminha a ficha para a vigilância epidemiológica do distrito sanitário;
- Vítima até 18 anos incompletos: acionar o **Conselho Tutelar IMEDIATAMENTE;**
- Pessoas com 60 anos ou mais: acionar o **Conselho Municipal do Idoso** (COMIC) e encaminhar relatório;
- Todos os casos: fazer contato e relatório ao **CREAS** (serviço especializado a indivíduos/família em situação de ameaça ou violação de direitos)

Acolhimento Humanizado/ Avaliação

CRIANÇA E ADOLESCENTES (< 18 ANOS)

Acionar Conselho Tutelar

ADULTO

Acionar os órgãos de proteção (*2)

ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO

Mantém o acompanhamento da família e do cumprimento das medidas protetivas, conforme protocolos e fluxos estabelecidos

Realizar contato telefônico com a UBS e encaminhar o pacientecom relatório, se necessário.

UBS:

- Realizar o atendimento eacompanhamento;
- Promover a Articulação do caso no território (através das reuniões intersetorias e de discussão de casos), com construção do Projeto Terapêutico Singular e matriciamento (ESF, NASF e Equipe Intermediária) quando necessário.

NO CASO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER:

- Verificar existência de riscos à integridade física e psicológica da mulher;
- Orientar sobre **Proteção da "Lei Maria da Penha",** com medidas protetivas de urgência se necessário;
- Encaminhar a vítima para o "**Espaço Bem me Quero".** Fazer contato telefônico prévio e encaminhar relatório por e-mail;
- Após atendimento e devidas orientações à vítima, referenciar para UBS de referência

LEGENDA

(*1) Outras Violências: psicológica, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, negligência, intervenção legal e violência homofóbicas contra homens e mulheres em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/ comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças e adolescente, mulher, pessoa idosa, pessoa com deficiência, indígena e população LGBT.

(*2)-Alguns órgãos de Proteção que devem ser acionados: Conselho Municipal do Idoso/ Espaço Bem me Quero/ CREAS/ Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência/ Direitos Humanos

Orientar usuário(a) ou responsável sobre a denúncia da Violência: procurar a autoridade policial para medidas legais cabíveis ao agressor

VIOLÊNCIA FÍSICA

Também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico. São atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca.

O Supremo Tribunal Federal (STF), desde junho de 2019, determinou que crimes de ódio contra pessoa LGBTQIA+ serão punidos na forma de crime de racismo, que é considerada pela lei uma conduta inafiançável e imprescritível. O STF determinou que o crime de racismo seja enquadrado nos casos de agressões contra pessoas LGBTQIA+ até que lei específica seja aprovada pelo Congresso Nacional.

1. ATENDIMENTO A CRIANÇA E ADOLESCENTE

Caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, e podendo provocar inclusive a morte.

Uma violência física observada em crianças, especialmente nas menores de dois anos, é a Síndrome do Bebê Sacudido. Conhecida como "trauma cerebral por abuso" – TCA (*abusivehead trauma* – AHT), é uma das principais causas de morte e de incapacitação na infância, devido à violenta movimentação da criança quando segurada pelos braços ou tronco. Esta ação provoca o choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado, ocorrendo desde micro-hemorragias por rupturas de artérias e veias, até hemorragias maciças.

Por isso, a suspeita clínica de abuso físico se baseia em dados de anamnese, exame físico e exames laboratoriais, tendo em vista que, muitas vezes, o exame físico não apresenta qualquer alteração que evidencie violência física, as informações coletadas na anamnese, assim como a observação do comportamento da criança, dos pais e da relação entre eles, são de suma importância para o diagnóstico.

ATENÇÃO: Cabe lembrar que uma criança ou um adolescente pode ser afetado por mais de um tipo ou natureza de violência, especialmente, em situações crônicas e graves, inclusive porque muitas dessas situações se relacionam. Por exemplo, a violência física ocorre quase sempre junto com a psicológica; e uma criança que sofre violência sexual e psicológica em casa pode também ser envolvida em situação de exploração sexual.

QUARDO 3- Indicadores de Violência Física contra a Criança e Adolescente

INDICADORES	COMPORTAMENTO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE	CARACTERÍSTICA DA FAMÍLIA
• Presença de lesões físicas, como queimaduras, hematomas, feridas e fraturas, que não se adéquam à causa alegada. • Ocultação de lesões antigas e não explicadas.	• Muito agressivo ou apático; • Hiperativo ou depressivo; • Temeroso; • Pré-disposição autodestrutivas e ao isolamento; • Baixa auto-estima; • Tristeza; • Medo dos pais; • Alega agressão dos pais; • Relato de causas pouco viáveis às lesões; • Fugas de casa; • Problema de aprendizado; • Faltas frequentes à escola.	• Muitas vezes oculta as lesões da criança, justificando-as de forma não convincente ou contraditória; • Descreve a criança como má e desobediente; • Abusa de álcool ou drogas; • Possui expectativas irreais acerca da criança; • Defende uma disciplina severa; • Tem antecedentes de maus-tratos na família.

<u>Conduta:</u>

- Realizar exame físico criterioso e detalhado, registrado no prontuário. Alguns exames laboratoriais podem ser necessários para esclarecer dúvidas sobre outras condições que possam ser causadoras de sinais e sintomas clínicos apresentados pela criança ou pelo adolescente;
- Frente a identificação de alguma lesão, pedir aos pais/responsáveis para descreverem com detalhes as circunstâncias em que ocorreram as lesões, bem como o ambiente onde a criança estava antes, durante e depois da ocorrência do trauma, sendo às vezes útil que se converse separadamente com cada responsável. Se a criança já souber falar, ela também pode dar sua versão sobre o trauma. Se não houver história de trauma, deve-se perguntar aos responsáveis como acreditam que a criança tenha se ferido;
- A unidade de saúde deve dar os primeiros cuidados;
- Lesões que não podem ser tratadas na UBS, com maior gravidade: dar os primeiros cuidados, acionar SAMU:
    - Crianças até 12 anos: Pronto-atendimento do Centro Materno Infantil ou UPA com pediatra (UPA Ressaca, Vargem das Flores ou Petrolândia).
    - Pessoas acima de 13 anos: UPA mais próxima.
- Preencher a Guia de referência e contrarreferência para o encaminhamento;
- Notificar:
    - ✓ Preencher em 2 vias da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL- VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (ANEXO 1).
    - ✓ Anexar uma via da Ficha ao prontuário.
    - ✓ Somente em casos graves, encaminhar para Delegacia de Polícia.
    - ✓ Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para Epidemiologia.
- Encaminhar relatório ao Conselho Tutelar por e-mail e realizar contato telefônico para discussão do caso.
- Quando necessário, discutir o caso nas reuniões Intersetoriais, para discussão do caso e proposição de melhor conduta e construção do Projeto Terapêutico Singular.

5. ATENDIMENTO A MULHER

A violência contra a mulher, praticada por um estranho, difere de um delito praticado por alguém da estreita convivência da vítima, pois a agressão por uma pessoa da convivência da vítima – como o marido ou o companheiro –, dado a proximidade dos envolvidos, tende a acontecer novamente, formando o ciclo perverso da violência doméstica, que pode acabar em delitos mais graves; enquanto o praticado por estranhos, dificilmente voltará a acontecer.

Conduta:

- Realizar exame físico criterioso e detalhado, registrado no prontuário.
- Lesões que não podem ser tratadas na UBS, com maior gravidade: dar os primeiros cuidados, acionar SAMU. Preencher a Guia de referência e contrarreferência;
- Orientar a paciente no sentido de comparecer à Delegacia de Polícia para registrar ocorrência e ser encaminhada ao exame pericial do IML.
- Agendar retorno e encaminhá-la para os Programas de Prevenção e Atendimento aos Acidentes e Violências – PAVs – das Regionais, objetivando fortalecer a paciente para que ela saia da dinâmica abusiva. Encaminhar a paciente para acompanhamento social e psicológico.
- Encaminhar para a Rede Intersetorial – Conselho dos Direitos da Mulher, CREAS, CRAS e serviço de apoio jurídico. Após a denúncia, a mulher terá direito à Casa-Abrigo e ao Núcleo de Atendimento às Famílias e Autores de Violência Doméstica.
- Notificar:
    - ✓ Preencher em 2 vias da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL- VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (ANEXO 1).
    - ✓ Anexar uma via da Ficha ao prontuário.
    - ✓ Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para Epidemiologia.
- Orientar a mulher a fazer a denúncia na DEAM ou outra Delegacia de Polícia.
- Discutir o caso nas reuniões intersetoriais e Acionar a Rede Intersetorial – Conselho dos Direitos da Mulher, para discussão do caso e proposição de melhor conduta.

6. ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA

Como nos outros tipos de violência intrafamiliar, a causa da lesão que leva o paciente à unidade de saúde para atendimento médico nem sempre é relatada ou fica evidente.

A equipe de saúde deve suspeitar de maus-tratos ao idoso, na presença das manifestações listadas abaixo. Vale destacar que nem sempre os maus-tratos são praticados de forma intencional, podendo ser resultado do despreparo para lidar com a situação ou das condições socioeconômicas da família ou comunidade.

A abordagem deve facilitar o diálogo e a observação cuidadosa de sinais e sintomas, sempre levando em conta as dificuldades por que passam tanto o idoso quanto seu cuidador, principalmente no contexto de farm1ias em situação de risco para violência. O julgamento de culpabilidade ou apuração de responsabilidade não compete a equipe de saúde. Seu papel é facilitar o diálogo, agindo com tato e diplomacia na busca da orientação ou encaminhamento mais adequados a cada caso.

A abordagem do idoso que sofre violência inclui providências imediatas, avaliação e cuidados por longos períodos, reconhecimento dos obstáculos e prevenção. Um esforço deve ser feito para a preservação do espaço e vínculos familiares, sempre que possível

Todos os casos onde **houver APENAS suspeita** e aqueles nos quais houver a confirmação de violência, **devem ser notificados** pelos profissionais de saúde, conforme o fluxo de Notificação e Atendimento à Pessoa Idosa Vítima de Violência, estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde e **obrigatoriamente** comunicado ao Conselho Municipal do Idoso (COMIC).

QUADRO 4- Indicadores de Violência Física contra a pessoa IDOSA:

VIOLÊNCIA NO IDOSO	PRINCIPAIS SINAIS
VIOLÊNCIA FÍSICA	• Cortes; • Manchas escuras; • Feridas não tratadas; • Membros quebrados ou acidentados. • Contusões, queimaduras ou ferimentos inexplicáveis, de vários formatos, de diferentes estágios e de formatos bem definidos, como marcas de corda, ataduras ou contenção nos punhos e tornozelos; • Alopécia traumática ou edema de couro cabeludo

<u>Conduta:</u>

- Idosos e responsáveis pelo seu cuidado devem ser entrevistados juntos e em separado. O levantamento da história do paciente e da família, do papel do idoso na formação e no seu status econômico familiar auxilia no diagnóstico.
- A unidade de saúde deve dar os primeiros cuidados;
- Lesões leves, pequenas contusões, escoriações leves que podem ser tratadas com os recursos da unidade de saúde: Dar os primeiros cuidados.
- Lesões que não podem ser tratadas na UBS, com maior gravidade: dar os primeiros cuidados, acionar SAMU. Preencher a Guia de referência e contrarreferência;

- Notificar:
    - ✓ Preencher em 2 vias da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL- VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (ANEXO 1).
    - ✓ Anexar uma via da Ficha ao prontuário.
    - ✓ Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para Epidemiologia.
    - ✓ Encaminhar relatório para o Conselho Municipal do Idoso: comic@contagem.mg.gov.br
- Discutir o caso nas reuniões Intersetoriais e junto a rede Intersetorial – Conselho Municipal do Idoso (COMIC), proposição de melhor conduta

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA FÍSICA

IDENTIFICAÇÃO E ACOLHIMENTODE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FÍSICA
Casos suspeitos ou confirmados pela:
Saúde, Educação, Unidade de Assistência Social (CRAS /CREAS), Conselho tutelar (CT) e outros

- Acolher;
- Preencher **"Ficha Interpessoal/Autoprovocada"** e encaminhar para UBS. UBS encaminha a ficha para a vigilância epidemiológica do distrito sanitário
- Vítima até 18 anos incompletos: acionar o **Conselho Tutelar IMEDIATAMENTE;**
- Pessoas com 60 anos ou mais: acionar o **Conselho Municipal do Idoso** (COMIC) e encaminhar relatório;
- Todos os casos: fazer contato e relatório ao **CREAS** (serviço especializado a indivíduos/família em situação de ameaça ou violação de direitos)

Acolhimento Humanizado/ Avaliação

Leve e Crônica

Acionar UBS
Dar os primeiros cuidados

Moderada e Grave (*2)

Lesões que não podem ser tratadas na UBS, acionar SAMU e Encaminhar para:

Crianças até 12 anos (ambos os sexos)- PA pediátrico do CMI ou UPA com pediatra

Pessoas acima de 13 anos- UPA

UPA/ CMI: Encaminhar **OBRIGATORIAMENTE** após contato prévio e com guia de referênciapara UBS

No caso de violência Doméstica e familiar contra a Mulher:

- Verificar existência de riscos à integridade física e psicológica da mulher
- Orientar sobre **Proteção da "Lei Maria da Penha",** com medidas protetivas de urgência se necessário
- Encaminhar a vítima para o "**Espaço Bem me Quero",**Fazer contato telefônico prévio e encaminhar relatório por e-mail.
- Após atendimento e devidas orientações à vítima, referenciar para UBS de referência

UBS:

- Realizar o atendimento eacompanhamento;
- Promove a Articulação do caso no território (através das reuniões intersetorias e de discussão de casos), com construção do Projeto Terapêutico Singular e matriciamento (ESF, NASF e Equipe Intermediária) quando necessário.

LEGENDA

(*1) Pequenas contusões, escoriações leves que podem ser tratadas com os recursos da unidade de saúde;
(*2) Lesões que não podem ser tratadas nas unidades básicas, necessitando de tratamento imediato. Dar os primeiros cuidados e acionar SAMU para o transporte à UPA mais próxima.

Orientar usuário(a) ou responsável sobre a denúncia da Violência: procurar a autoridade policial para medidas legais cabíveis ao agressor

VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA (AUTOEXTERMÍNIO/AUTOMUTILAÇÃO)

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

1. CONCEITOS

A violência autoprovocada é aquela em que o ato é cometido contra si mesmo e se dá mediante o uso abusivo da força, ou quaisquer atos destrutivos que possam causar dano físico. Classifica-se como:

- **Violência Autoprovocada:** Compreende ideação suicida, autoagressões, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Ideação suicida: quando o suicídio é visto como uma saída para uma situação de sofrimento. Pode abrir as portas para um plano de suicídio. No caso de crianças e adolescentes, isso pode acontecer quando há uma depressão grave com baixa autoestima, humor deprimido, incapacidade de ver que sua situação pode melhorar, sentimento de que não há motivos para viver ou nenhuma chance de ser feliz.
- **Autoagressão:** Qualquer ato intencional de automutilação (com faca, aparelho de barbear, caco de vidro, etc.) ou outras formas de causar dano a si mesmo (como queimar-se com cigarro), sem intenção de morte. Por vezes, crianças e adolescentes relatam que se auto agridem com o objetivo de controlar e/ou aliviar uma dor emocional.
- **Tentativa de suicídio:** Quando o indivíduo se auto agride com a intenção de tirar a própria vida, utilizando um meio que acredite ser letal, sem resultar em óbito.
- **Suicídio:** Ato deliberado de tirar a própria vida, com desfecho fatal.

2. FATORES DE RISCO

Fatores que podem aumentar o risco de autoagressão ou tentativa de suicídio:

- História de tentativas anterior de suicídio ou autoagressão;
- Histórico de transtorno mental, principalmente a depressão, alcoolismo e os transtornos mentais severos;
- Aspectos sociodemográficos – desemprego, migração;
- Situação atual ou anterior de violência intra ou extrafamiliar;
- Fatores psicológicos – baixa resistência a frustrações, perdas recentes, solidão, impulsividade, agressividade, apatia, ambivalência;
- Condições clínicas incapacitantes – dor e doenças crônicas, epilepsia, AIDS.
- Ressalte-se que a vivência em situação de violência também pode ser um fator de risco para tentativa de suicídio;

- Bullying;
- História de abuso sexual;
- Suicídio(s) na família;
- Baixa autoestima;
- Uso de álcool e outras drogas;
- Populações que estão mais vulneráveis a pressões sociais e discriminação, tais como: LGBTI+, indígenas, negros(as), situação de rua, etc.

3. SINAIS DE ALERTA PARA O COMPORTAMENTO SUICIDA

- Preocupação com sua própria morte ou falta de esperança;
- Expressão de ideias ou de intenções suicidas;
- Diminuição ou ausência de autocuidado;
- Mudanças na alimentação e/ ou hábitos de sono;
- Uso abusivo de drogas/álcool;
- Alterações nos níveis de atividade ou de humor;
- Crescente isolamento de amigos/família;
- Diminuição do rendimento escolar;
- Autoagressão:
  — Mudanças no vestuário para cobrir partes do corpo, por exemplo, vestindo blusas de manga comprida;
  — Relutância em participar de atividades físicas anteriormente apreciadas, particularmente aquelas que envolvem o uso de shorts ou roupas de banho, por exemplo.

4. MANEJO DE SITUAÇÕES QUE ENVOLVAM INTENÇÃO SUICIDA/AUTOAGRESSÃO

Pessoas que apresentam histórico, comportamentos indicativos, ideação ou planejamento de suicídio devem ser ACOLHIDAS em qualquer ponto da Rede e, dependendo do risco apresentado, poderão ser encaminhadas a outro ponto de atenção mais especializado. A articulação de pontos de atenção à saúde para essas pessoas com sofrimento ou transtorno mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é constituída por diversos componentes, incluindo: Atenção Primária em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, CAPS, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, dentre outros. A seguir algumas orientações:

- Realizar o atendimento em local acolhedor e reservado, disponibilizando tempo e realizando uma escuta efetiva;
- Expressar empatia com as emoções, mensagens não verbais de aceitação e respeito, calma, não julgamento e buscar estabelecer vínculo;
- EVITAR interrupções frequentes, comentários invasivos e perguntas indiscretas;
- EVITAR demonstrar estar em choque ou muito emocionado com o relato;
- **PERGUNTE, OUÇA E PROCURE AJUDA.**

<u>Conduta:</u>

- Realizar exame físico criterioso e detalhado, registrado no prontuário.
- Realizar e conduta conforme Classificação de Risco (quadro abaixo).
- Orientar a família.

- Notificar:
  - ✓Preencher em 2 vias da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL- VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (ANEXO1).
  - ✓No caso de exposição a substância química preencher também a **FICHA DE INVESTIGAÇÃO - INTOXICAÇÃO EXÓGENA** em duas vias (ANEXO 2)
  - ✓Anexar uma via da Ficha ao prontuário.
  - ✓Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para Epidemiologia Distrital.
- A identificação do usuário com pensamentos suicidas a equipe precisará acionar a rede de saúde mental, através do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que poderá fazer o diagnóstico e indicar o melhor tratamento para cada situação.
- Discutir o caso nas reuniões Intersetoriais e rede intersetorial para proposição de melhor conduta e construção do Projeto Terapêutico Singular.

QUADRO 5- Conduta conforme Avaliação de Risco

CLASSIFICAÇÃO	AVALIAÇÃO DE RISCO	CONDUTA
RISCO BAIXO	Autoagressão: Lesões cicatrizadas em locais aparentes Sem risco iminente de morte; Ideação suicida sem plano; Sem histórico de tentativa.	• Oferecer apoio emocional. • Trabalhar sobre os sentimentos que motivam a autoagressão e/ou pensamentos suicidas; • Focalizar nos aspectos positivos; • Levar a pessoa à autorreflexão; • Manter encontros regulares; • Indicar inserção em atividades comunitárias/ grupos/ oficinas; • Promover a Articulação do caso no território (através das reuniões intersetorias e de discussão de casos), com construção do Projeto Terapêutico Singular junto a equipe multiprofissional, quando necessário. • Realizar contato telefônico com o CAPS/CAPSi para avaliação e /ou encaminhamento quando a pessoa não consegue refletir sobre sua condição e não apresenta melhora.
RISCO MÉDIO	Ideação suicida frequente e persistente, sem plano; Com ou sem autoagressão; Histórico de tentativa; Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou outras drogas.	• Oferecer apoio emocional; • Trabalhar sobre os sentimentos que motivam os pensamentos suicidas; • Focar na ambivalência do desejo e explorar alternativas; • Chamar um familiar/responsável; • Contratualizar (acordo de não efetivar o suicídio); • Manter encontros regulares; • Promover a Articulação do caso no território (através das reuniões intersetorias e de discussão de casos), com construção do Projeto Terapêutico Singular junto a equipe multiprofissional, quando necessário. • Realizar contato telefônico com o CAPS/ CAPSi para avaliação e/ou encaminhamento.
RISCO ALTO	Ideação suicida frequente e persistente com plano; Ameaça ou tentativa; Fatores agravantes (impulsividade, rigidez no propósito, desespero, delirium, alucinações, abuso/ dependência de álcool ou outras drogas). Lesões recentes, graves e não cicatrizadas. Suspeita de lesões em locais pouco visíveis.	• Acolher, prestar os primeiros cuidados, chamar um familiar/responsável, não deixar a pessoa sozinha. Se lesão física de risco, acionar SAMU de acordo com especificações: Crianças até 12 anos encaminhar para o PA pediátrico do CMI ou UPA com pediatria. Pessoas acima de 13 anos encaminhar para a UPA mais próxima. • Realizar contato telefônico com o CAPS/ CAPSi para avaliação e/ou encaminhamento. • Manter contato regular e promover articulação do caso no território quando alta dos serviços secundários e/ou terciários.

FLUXOGRAMA DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA (AUTOEXTERMÍNIO/AUTOMUTILAÇÃO)

IDENTIFICAÇÃO E ACOLHIMENTO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA
Notificação imediata (24h)
Casos suspeitos ou confirmados pela:
Saúde, Educação, Unidades de Assistência Social (CRAS/CREAS), Conselho tutelar (CT) e outros

- Acolher.
- Preencher **"Ficha Interpessoal/Autoprovocada"** e encaminhar para UBS. UBS encaminha a ficha para a vigilância epidemiológica do distrito sanitário. No caso de exposição a substância química: preencher também **"Ficha Intoxicação Exógena"** e encaminhá-la à UBS.
- Vítima até 18 anos incompletos: acionar o **Conselho TutelarIMEDIATAMENTE.**
- Pessoas com 60 anos ou mais: acionar o **Conselho Municipal do Idoso** (COMIC) e encaminhar relatório.
- Todos os casos: fazer contato e relatório ao **CREAS** (serviço especializado a indivíduos/família em situação de ameaça ou violação de direitos).

RISCO BAIXO

•Sem Histórico de tentativa;
•Lesões cicatrizadas em locais aparentes;
•Sem risco iminente de morte;
•Ideação suicida sem plano

•Realizar contato telefônico com a UBS;
•Encaminhar o pacientecom relatório

UBS

•Realizar o atendimento e acompanhamento
•Promover a Articulação do caso no território (através das reuniões intersetorias e de discussão de casos), com construção do Projeto Terapêutico Singular e matriciamento (ESF, NASF e Equipe Intermediária) quando necessário.

RISCO MÉDIO/ ALTO

•Lesões recentes, não cicatrizadas;
•Mantém Ideação do ato;
•Suspeita de lesões em locais pouco visíveis

Realizar contato telefônico com o **CAPS/ CAPSi** para avaliação e/ou encaminhamento.
•Se **lesão física de risco**, acionar **SAMU e a UPA** mais próxima de acordo com especificações abaixo:

Crianças até 12 anos
PA pediátrico do CMI ou UPA com pediatria

Pessoas ≥ 13 anos-
UPA

UPA/ CMI: Encaminhar **OBRIGATORIAMENTE** após contato prévio e com guia de referênciapara **CAPS infantil**ou **CAPS Adulto**, após alta clínica das lesões apresentadas

CONCEITOS IMPORTANTES:

•Lesões Auto-Provocadas: Representam o uso intencional da força física ou poder, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, excluindo, portanto, as situações não intencionais e acidentais como acidentes de tráfego. Quando o protagonista morre, o ato de destruição pessoal intencional é definido como suicídio. Quando a pessoa continua viva após um ato autodestrutivo, a tendência é falarmos em tentativa de suicídio.

•Auto-extermínio/ Suicídio: ação pela qual alguém põe intencionalmente termo à própria vida. É um ato exclusivamente humano e está presente em todas as culturas. As causas do suicídio são numerosas e complexas.

VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual é definida pela OMS como "*todo ato sexual, tentativa de consumar um ato sexual ou insinuações sexuais indesejadas; ou ações para comercializar ou usar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa por meio da coerção por outra pessoa, independentemente da relação desta com a vítima, em qualquer âmbito, incluindo o lar,* via pública, *local de trabalho ou outro setor*".

Segundo a ONU Mulheres (2017), uma em cada cinco refugiadas sofreu algum tipo de violência sexual - número ainda subnotificado. O risco é maior se estão desacompanhadas, grávidas ou são idosas. Algumas foram repetidamente deslocadas, exploradas ou abusadas em busca de segurança.

Incluem-se como violência sexual todas as situações abaixo:

- Estupro;
- Abuso incestuoso;
- Assédio sexual;
- Sexo forçado no casamento;
- Jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas ou impostas ;

- Pornografia infantil;
- Pedofilia;
- Voyeurismo;
- Penetração oral, anal ou genital com pênis ou objetos, de forma forçada;

- Exposição coercitivo-constrangedora a atos libidinosos;
- Exibicionismo;
- Masturbação;
- Linguagem erótica;
- Interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a maior parte das vítimas de estupro são crianças e adolescentes, configurando-se em torno de 70% dos casos denunciados. Os agressores mais recorrentes são membros da própria família ou pessoas do convívio da vítima.

1. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL PARA A SAÚDE

Dados indicam que sobreviventes de violência sexual podem sofrer consequências comportamentais, sociais e de saúde mental. As meninas e mulheres são as mais afetadas por lesões e doenças resultantes da violência e coerção sexuais, não só porque constituem a maioria das vítimas, mas também porque são vulneráveis aos desdobramentos dessas agressões na saúde sexual e reprodutiva. Entre os exemplos de consequências da violência sexual para a saúde das mulheres, a OMS destaca:

- Gravidez não planejada;
- Aborto inseguro;
- Disfunção sexual;
- Infecções sexualmente transmissíveis — incluindo HIV;

- Depressão;
- Transtorno por estresse pós-traumático;
- Ansiedade;
- Dificuldade para dormir;
- Sintomas somáticos;
- Comportamento suicida;
- Transtorno de pânico.

Muitas vezes, a violência sexual resulta em morte, cometida pelo agressor ou pelos problemas de saúde causados pela própria agressão, como suicídio e abortos inseguros.

2. ACONSELHAMENTO GERAL À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Como foi abordado no início do manual, o acolhimento humanizado representa a primeira etapa fundamental do processo. O profissional de saúde deve conversar com a vítima em um ambiente acolhedor e de forma empática e respeitosa. A notificação deve ser imediata neste caso (até 24 horas) e a atuação em rede é essencial para enfrentamento do problema.

- Considerar os possíveis impactos de um resultado positivo para gravidez e identificar alternativas de apoio familiar e social.
- No caso da investigação do HIV, é necessário reforçar que os resultados iniciais, quando negativos, não são definitivos devido à possibilidade de janela imunológica e não dispensam a realização de exames futuros nos períodos indicados (acompanhamento por seis meses, com retorno ambulatorial para seguimento do aconselhamento e coleta de novos exames).
- Mulheres em situação de violência sexual que estejam amamentando deverão ser orientadas a suspender o aleitamento durante a quimioprofilaxia antirretroviral, devido a possibilidade de exposição da criança aos antirretrovirais (passagem pelo leite materno) e também para evitar o risco de transmissão vertical.
- Levando em consideração a possibilidade de uma infecção, deve ser reforçada a necessidade do uso do preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais.

3. ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E SEU SEGUIMENTO

A vítima de violência deve ser estimulada no acolhimento ou durante seu seguimento a procurar a autoridade policial para as medidas legais cabíveis, inclusive lembrando o caráter preventivo que tal fato poderá gerar, evitando novos casos na sociedade, com punição do agressor. Porém, a notificação policial (Boletim de Ocorrência) e o exame de corpo delito (IML) **não são obrigatórios**, e dependerão unicamente da vontade da vítima para se concretizarem, o que de nenhuma maneira irá interferir no atendimento médico de urgência que é imperativo e independe de tais condições.

Neste primeiro contato com a vítima de violência sexual, o profissional da saúde deve atentar para a avaliação e cuidados específicos, conforme orientações a seguir.

2.1 Caracterização da violência sexual e conduta

Abusos Agudos/Recentes

- Realizar acolhimento e atendimento inicial;
- Notificar:
  - ✓ Preencher em 2 vias da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL- VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (ANEXO 1).
  - ✓ Anexar uma via da Ficha ao prontuário.
  - ✓ Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para Epidemiologia.
- Preencher Guia de Referência e Contra-referência para encaminhamento ao Centro Materno Infantil ou UPA JK (dependendo do caso) para acolhimento, realização de exames e liberação de medicações profiláticas para ISTs (quando indicado), anticoncepção de emergência, além de receberem tratamento em caso de lesões examinadas(de acordo com o caso):
  - ✓ Crianças até 12 anos atendimento no PA pediátrico do CMI;
  - ✓ Mulheres acima de 13 anos atendimento no PA ginecológico do CMI;
  - ✓ Homens acima de 13 anos atendimento na UPA JK.

IMPORTANTE: Considerar o relato da vítima que o abuso sexual ocorreu nas últimas 72 horas, mesmo que a violência seja antiga e repetida.

A profilaxia pós-exposição (PEP) deve ser iniciada o mais precocemente possível (prazo máximo de 72 horas). A medicação, quando teste rápido para HIV for negativo, deve ser liberada para 28 dias de tratamento para adultos e 10 dias de tratamento para crianças ou até a data de agendamento no SAE.

O Complexo Hospitalar de Contagem, após alta hospitalar deverá fazer contato com o SAE/Iria Diniz para agendamento e continuidade do tratamento, além de encaminhar adequadamente a vítima para unidade de saúde de sua referência para promover a articulação no território (ESF, NASF e Equipe Intermediária).

Abusos Crônicos e/ou Tardio:

- Acolher a vítima, dar os primeiros atendimentos e notificar. Após o período das primeiras 72 horas da ocorrência do abuso sexual avaliar:
  - ✓ Necessidade de teste de gravidez e prescrição da "Anticoncepção de Emergência" (preferencial até 72 h, podendo se estender até 5º dia após o abuso sexual);
- Orientar sobre alternativas frente à gravidez indesejada (Aborto Sentimental, Adoção Legal, importância do pré-natal, apoio emocional para manter o binômio mãe/bebê se for o caso);
- Realizar os testes rápidos para investigação de ISTs/HIV e exames laboratoriais;
- Avaliar a vacinação da Hepatite B, antitetânica e HPV. Se ausente registro ou esquema incompleto, completar as doses conforme calendário do PNI;
- Avaliar indicação da IGHAHB de acordo com protocolo próprio;
- Notificar:
  - ✓ Preencher em 2 vias da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL- VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA.
  - ✓ Anexar uma via da Ficha ao prontuário.

- ✓ Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para Epidemiologia.
- Discutir o caso nas reuniões intersetorial e conforme o caso diretamente com a rede intersetorial – Conselho dos Direitos da Mulher, Conselho do Idoso, para discussão e proposição de melhor conduta.

IMPORTANTE: Considerar o relato da vítima que o abuso sexual ocorreu com mais de 72 horas.

4. ENCAMINHAMENTOS ESPECÍFICOS

No caso de a vítima ser criança ou adolescente, a unidade de saúde (primária ou secundária) que está acolhendo e dando o primeiro atendimento tem que comunicar imediatamente ao Conselho Tutelar para adoção de medidas legais. Alguns exemplos abaixo:

SE a vítima de abuso sexual NÃO tem responsável legal que a proteja: ocorrendo uma situação de CARÁTER EXCEPCIONAL e de URGÊNCIA, o Conselho Tutelar poderá efetuar ou efetuará o acolhimento institucional da criança e/ou do adolescente vitimizado. Nesses casos a Instituição de Acolhimento terá 24 h para comunicar ao Juiz da Vara da Infância e Juventude, que, após ouvir o Ministério Público, manterá ou não o acolhimento.

SE a vítima de abuso sexual TEM responsável legal que a proteja: O Conselho Tutelar deve ORIENTAR o responsável legal NÃO agressor a REGULARIZAR A SITUAÇÃO JURÍDICA da vítima. Para isso será necessário contratar um Advogado ou buscar ajuda na Defensoria Pública. O Conselho Tutelar deve ORIENTAR o responsável legal NÃO agressor a REGISTRAR um Boletim de Ocorrência na Delegacia de Polícia.

São exemplos de medidas legais que podem ser adotadas: Guarda unilateral; Retirada do agressor da casa; Restrição de visita ou visita vigiada; Destituição do poder familiar; Ação de alimentos, etc.

Atenção: O responsável legal pode registrar o Boletim de Ocorrência sozinho, ou seja, não precisa levar a vítima até a delegacia de polícia nesse primeiro momento. Registrado o Boletim de Ocorrência, a Guia do IML é expedida e a vítima do abuso sexual deve ser levada para fazer o Exame de Corpo Delito.

5. EXAMES LABORATORIAIS E TESTES RÁPIDOS

Como orientado nos atendimentos aos casos de abusos agudos (até 72horas), o encaminhamento deve ser IMEDIATO para o Centro Materno Infantil/ Hospital Municipal. As vítimas serão atendidas, examinadas, medicadas com profilaxia para ISTs, entre elas HIV, anticoncepção de emergência, além de receberem tratamento em caso de lesões, assim como orientações e encaminhamento para posterior acompanhamento médico e psicossocial na Atenção Primária.

Após a alta Hospitalar, o paciente deverá ser referenciado para sua equipe do território e o profissional da unidade, médico ou enfermeiro, deve acolher, atender, reexaminar o paciente e avaliar a necessidades demais exames de acordo com o período, conforme orientações abaixo.

QUADRO 6- Orientações sobre período para realizar os exames

	EXAMES REALIZADOS NO CMI	EXAMES QUE PODEM SER REALIZADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO			
EXAMES/TESTES RÁPIDOS	As primeiras 72 h do abuso	2 SEMANAS Após o abuso	6 SEMANAS após o abuso	3 MESES após o abuso	6 MESES após o abuso
Conteúdo Vaginal	Realizar				
Sífilis	Realizar		Realizar	Realizar	
Anti-HIV ou teste rápido	Realizar		Realizar	Realizar	
Hepatite B (HbsAg) ou teste rápido	Realizar			Realizar	Realizar
Hepatite C ou teste rápido	Realizar			Realizar	Realizar
Hemograma, Glicose, uréia, creatinina, TGO, TGP, bilirrubinas direta e indireta	Realizar	Realizar			
HCG	Realizar	Realizar			

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica; 2012. Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prolaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV: Versão para divulgação; 2015.

Vítimas com exame positivo para HIV devem ser encaminhadas ao SAE. As consultas deverão ser agendadas pelo telefone 3058-1597 ou 3058-1598 e deverá ser preenchida a guia de referência e contra referência. Em caso de exames de Hepatite B alterados, a paciente deve ser encaminhada ao infectologista através do sistema de Marcação de Consultas do município.

6. ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE)

A gravidez decorrente de violência sexual representa, para grande parte das mulheres, uma segunda forma de violência. A complexidade dessa situação e os danos por ela provocados podem ser evitados, em muitos casos, com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE). O método anticonceptivo pode prevenir a gravidez forçada e indesejada utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo. A AE deve ser prescrita para todas as **mulheres e adolescentes expostas à gravidez**, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontre, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. **AE é mais garantida nas primeiras 72 horas, podendo ser prescrita até o 5º dia após o abuso ocorrido.**

QUADRO 7 - Tipos anticoncepção de Emergência

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE)	DOSE	POSOLOGIA
Levonorgestrel (Primeira escolha)	0,75 mg de Levonorgestrel	2 comp. em dose única
Levonorgestrel (Primeira escolha)	1,5 mg de levonorgestrel	1 comp. em dose única

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

7. VACINA ANTI-HEPATITE B E DAIGHAHB (IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI HEPATITE B)

- Se a vítima de violência sexual está com esquema vacinal completo contra Hepatite B: Não necessita de dose de reforço da vacina ou IGHAHB.
- Se a vítima de violência sexual está com esquema vacinal incompleto (ou sem informação) contra hepatite B: completar o esquema vacinal da hepatite B (0, 1, 6 meses). Encaminhar para o Centro Materno Infantil, após contato prévio com serviço social (com a notificação, exames realizados, receita médica e Guia de Referência e Contrarreferência) para tomar 01dose única de IGHAHB**. IGHAHB é recomendada a aplicação nas primeiras 48 h após a violência Sexual, podendo ser administrada, no máximo, até 14 dias após a violência sexual**.
- A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAHB.
- Transmissão Vertical: o risco de transmissão vertical do vírus B é elevado, cerca de 90%. Nestes casos, deve-se proceder com a vacinação imediata (1ª dose) do recém nascido associada a IGHAHB administradas em grupos musculares separados, ambas devem ser realizadas o mais precocemente possível, nas primeiras 12 a 24 horas de vida na maternidade. Nessas condições, a proteção conferida contra transmissão no momento do parto é de praticamente 100%.
- **NÃO deverão receber a imunoprofilaxia contra hepatite B**:
    a. Os casos de violência sexual nos quais a mulher apresente exposição repetida ao mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual intrafamiliar;
    b. Mulheres cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.

8. PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL

A adesão à profilaxia antirretroviral é um dos fatores principais na redução do risco de transmissão da infecção pelo HIV. A não adesão ao esquema antirretroviral está diretamente relacionada ao risco de falha da profilaxia e de soroconversão, além da possibilidade do surgimento de cepas virais multirresistentes.

As vítimas de violência sexual têm seu primeiro atendimento realizado no complexo Hospitalar de Contagem, local em que os exames iniciais do exposto serão realizados e o tratamento, quando indicado, iniciado. Os pacientes os resultados deverão ser

encaminhados ao Serviço de Assistência Especializada (SAE) tão logo estejam disponíveis.

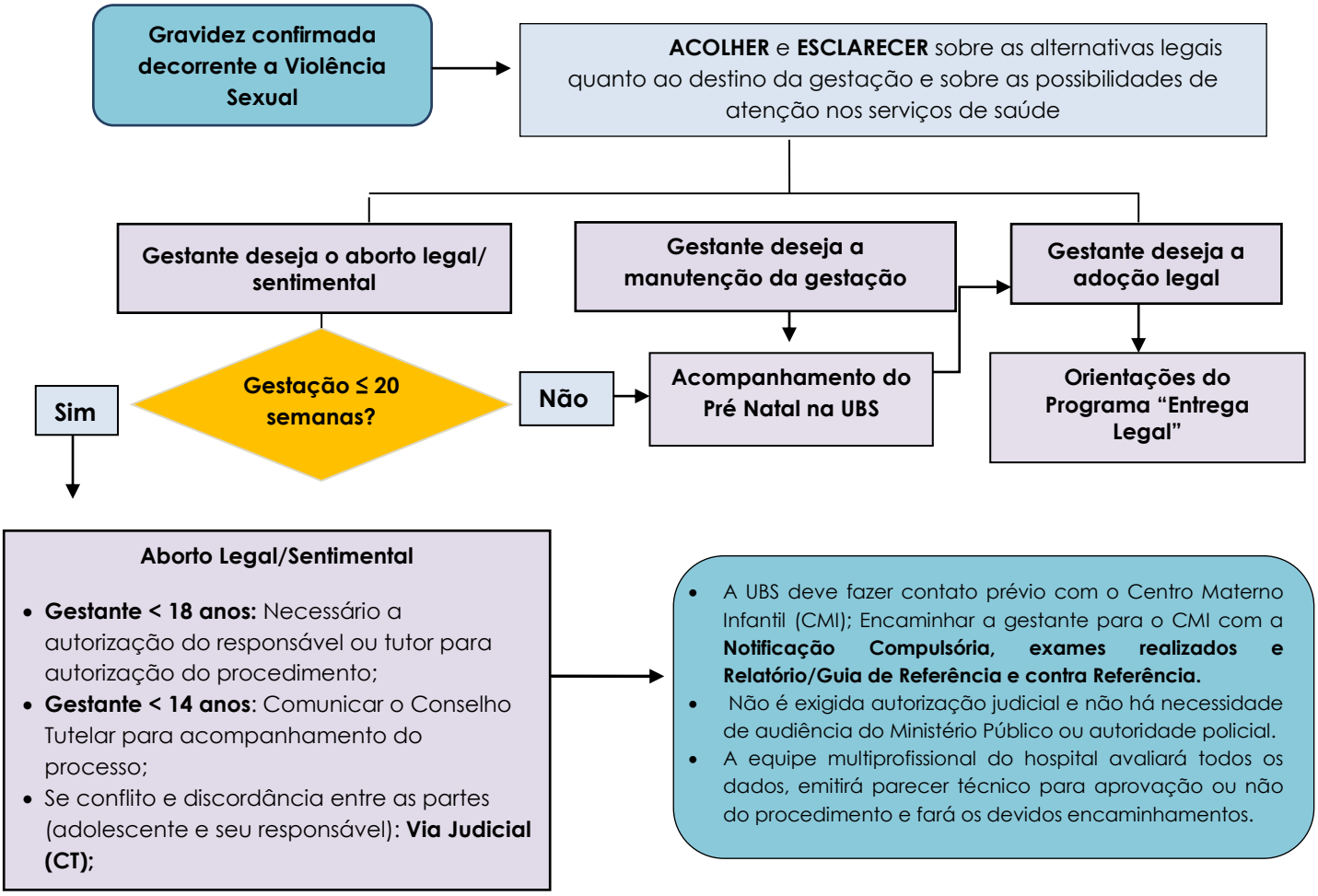
9. ALTERNATIVAS LEGAIS FRENTE À GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde:

- **Aborto legal/ Sentimental:** Não há indicação para interrupção da gravidez após 22 semanas de idade gestacional**.** A mulher deve ser informada da impossibilidade de atender à solicitação do abortamento e aconselhada ao acompanhamento pré-natal, facilitando-se o acesso aos procedimentos de adoção, se assim o desejar. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro**, sendo** imprescindível o **consentimento por escrito da mulher** para a realização do abortamento em caso de violência sexual, que deve ser anexado ao prontuário médico. O Código Civil estabelece que, a partir dos 18 anos, a mulher é considerada capaz de consentir sozinha para a realização do abortamento. No caso de adolescentes, a ausência dos pais ou responsável não deve impedir o atendimento pela equipe de saúde em nenhuma consulta. Todos os esclarecimentos e riscos sobre aborto legal devem ser fornecidos à adolescente. É indispensável comunicar, esclarecer e acordar com a adolescente sobre o momento e os procedimentos que serão realizados.
  Em casos onde haja posicionamentos conflitantes, onde a adolescente deseja a interrupção da gravidez e a família não deseja, e estes não estejam envolvidos na violência sexual, deve ser buscada a via judicial, através do **Conselho Tutelar ou Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude**, que deverão, através do devido processo legal, solucionar o impasse. Cabe ao Promotor de Justiça da Infância e da Juventude postular, em juízo, os direitos da adolescente.

- **Programa Entrega Legal:**Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação.Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a futura criança e inseri-la na família, ou proceder com os **mecanismos legais de Adoção**. Nessa última hipótese, os serviços de saúde devem realizar as ações conforme Nota Informativa 003: Diretrizes para o programa entrega legal.Ao contrário do que muita gente pensa, a mãe que dispõe seu filho para adoção não comete crime, a lei permite a entrega para garantir e preservar os direitos e interesses do menor. **Em contrapartida, a mãe que desampara ou expõe seu bebê a perigo comete o crime de abandono de recém-nascido, descrito no artigo 134 do Código Penal**.

FLUXO DAS ALTERNATIVAS LEGAIS FRENTE À GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL



FLUXOGRAMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

IDENTIFICAÇÃO E ACOLHIMENTODE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA/ NEGLIGÊNCIA/ ABANDONO e outras-
Casos suspeitos ou confirmados
pela: Saúde, Educação, Unidade de Assistência Social (CRAS /CREAS), Conselho tutelar (CT) e outros

- Acolher;
- Preencher **"Ficha Interpessoal/Autoprovocada"** e encaminhar para UBS. UBS encaminha a ficha para a vigilância epidemiológica do distrito sanitário;
- Vítima até 18 anos incompletos: acionar o **Conselho Tutelar IMEDIATAMENTE;**
- Pessoas com 60 anos ou mais: acionar o **Conselho Municipal do Idoso** (COMIC) e encaminhar relatório;
- Todos os casos: fazer contato e relatório ao **CREAS** (serviço especializado a indivíduos/família em situação de ameaça ou violação de direitos).

ACOLHIMENTO HUMANIZADO/ AVALIAÇÃO/ NOTIFICAÇÃO IMEDIATA(até 24 h)

No caso de violência Doméstica e familiar contra aMulher:
• Verificar existência de riscos à integridade física e psicológica da mulher;
• Orientar sobre Proteção da "Lei Maria da Penha", com medidas protetivas de urgência, se necessário;
• Encaminhar a vítima para o "Espaço Bem me Quero", Fazer contato telefônico prévio e encaminhar relatório por e-mail.
• Referenciar para UBS, para garantia de articulação com a equipe multiprofissional e reuniões intersetoriais, entre outros.

VIOLÊNCIA SEXUAL AGUDA/ RECENTE
(Abuso sexual ocorrido até 72 horas, mesmo que a violência seja crônica/ repetida)

•Dar os primeiros cuidados
•Incentivar a vítima/responsável a denunciar a Violência (respeitar desejo da vítima);
• Orientar a necessidade de ir à urgência **IMEDIATAMENTE** para profilaxia das ISTS/HIV e anticoncepção de emergência (antes mesmo das medidas legais); Preencher guia de Referência e Contra-referência para encaminhar de acordo com especificações abaixo:

Crianças até 12 anos (ambos os sexos)- PA pediátrico do CMI

Mulheres acima de 13 anos- PA ginecológico do CMI

Homens acima de 13 anos- UPA JK

HMC/CMI:

Na alta, o serviço hospitalar faz contato com o **SAE/ IRIA DINIZ** para agendamento e continuidade do tratamento.

VIOLÊNCIA SEXUAL CRÔNICA/TARDIA-Abuso sexual com mais de 72 horas

Acionar e encaminhar para UBS DE REFERÊNCIA:
•Avaliar necessidade de teste de gravidez e prescrição da anticoncepção de urgência (preferencial até 72 h, podendo se estender até 5º dia).
•Orientar sobre **Alternativas Legais frente a gravidez decorrente da violência sexual** (ver fluxo acima) se necessário.
•Realizar os testes rápidos para investigação de ISTs/HIV
•Completar as vacinas de Hepatite e HPV. **Atentar para o uso da IGHAHB se necessário (*1).**

Seguimento da UBS:
•Dar continuidade ao acompanhamento;
•Se necessário encaminhar ao serviço de infectologia do Centro de Referência Iria Diniz /SAE;
•Promover a Articulação do caso no território (através das reuniões intersetorias e de discussão de casos), com construção do Projeto Terapêutico Singular junto a equipe multiprofissional, quando necessário.

LEGENDA:
(*1) USO DE IGHAHB
(Imunoglobulina Humana contra Hepatite B)
•Se a vítima está com **esquema vacinal completo** contra Hepatite B:Não necessita de dose de reforço da vacina ou IGHAHB

•Se a vítima está com **esquema vacinal incompleto** (ou sem informação) contra hepatite B: completar o esquema vacinal da hepatite B (0, 1, 6 meses). Encaminhar para o Centro Materno Infantil, após contato prévio com serviço social **(com a notificação, exames realizados, receita médica e Guia de Referência e contra Referência**) para tomar01 dose única de IGHAHB, idealmente nas primeiras 48 h após a Violência Sexual, podendo ser administrada até14 dias após.

ABORDAGEM AO AGRESSOR

Centros de educação e reabilitação de agressores estão previstos na Lei Maria da Penha, mas, tanto quanto os serviços especializados de atendimento à mulher agredida, ainda são pouquíssimos no País. Os esforços de criação ou manutenção destes centros sofrem com a resistência da sociedade, das entidades, do Judiciário e de alguns coletivos feministas, os quais não enxergam com olhos complacentes as penas alternativas, em casos de violência doméstica contra a mulher.

Apesar da indignação que sentimos diante do agressor é preciso poder ouvir suas razões e suas motivações, seus medos, inseguranças e dependências e, ajudá-lo para que possa dar-se conta delas. É importante lembrar que na esfera doméstica cada um tem sua parcela de envolvimento, por diferentes formas de atuação ou omissão, portanto todos devem ser assistidos, se quisermos transformar padrões de comportamento. Ações punitivas e restritivas podem ser importantes à segurança, mas a interação com o problema através de uma abordagem terapêutica não pode ser negligenciada ou substituída por tais medidas

Sabe-se que as pessoas violentas carecem de dois recursos básicos: autoestima e segurança. O desejo de dominação que o homem demonstra em relação à mulher, ao contrário de confirmar seu poder, denuncia sua própria insegurança, sua condição de dependente. Questões emocionais, tais como, sentimentos de desamparo, abandono, desamor e baixa autoestima não têm sido consideradas para o grupo masculino, pois tende-se a pensar que os homens se sentem sempre fortes e poderosos.

No entanto, a agressão, às vezes, parece ser que para eles a única forma de resolução de conflitos. Em situação de confiança, homens agressores podem se mostrar receptivos para discutir e refletir sobre o assunto. Daí a importância das experiências de trabalho com homens, grupos de reflexão sobre masculinidade e novas formas de expressão do ser homem no mundo atual.

Quanto ao atendimento a agressores, alguns objetivos podem ser buscados:

- Auxiliá-los a compreender a gravidade de seu comportamento.
- Identificar a existência ou não de violência nas relações afetivas anteriores, bem como na família de origem. Estes aspectos auxiliam a compreensão da natureza do problema e o quanto podem influenciar seu comportamento.
- Levá-los a compreender quais situações provocam o comportamento violento.
- Avaliar o quanto sentem-se motivados a receber auxílio para modificar este comportamento.
- Encorajá-los a responsabilizar-se por seus pensamentos, sentimentos, percepções e comportamentos.
- Informá-los sobre as diversas formas de violência e seu impacto na vida das pessoas envolvidas.
- Auxiliá-los a desenvolver uma forma mais positiva de pensar e sentir sobre si mesmos, fortalecendo sua auto-estima.
- Auxiliá-los a exercitar novas e mais adequadas formas de expressar sua agressividade.

As principais dificuldades advindas do agressor são:

- Negação: O agressor tem o mesmo sentimento da vítima: nega a ocorrência da violência.
- Isolamento: O agressor pode tentar impedir que a vítima tenha acesso ao sistema de saúde e serviços sociais para evitar que os profissionais detectem a violência.
- Medo do fracasso: Da mesma forma que a vítima, o agressor pode pensar que ao admitir a existência da violência e a busca de ajuda, estará atestando que as coisas não estão indo como deveria e, portanto, há o fracasso.

Pode-se presumir que não se invista, apenas, em política repressiva, para enfrentar o drama da violência. É necessário aplicar também em esforços preventivos, inclusive os de alcance terciário, ou seja, voltados à contenção da reincidência. Para que os problemas identificados sejam resolvidos, é necessária a articulação de diferentes setores: saúde, segurança pública, justiça e trabalho, bem como o envolvimento da sociedade civil organizada, configurando redes integradas de atendimento.

É recomendável que sejam implantados, portanto, estratégias que articulem mecanismos alternativos, em lugar de solicitar exclusivamente a intervenção do sistema legal, ou que se suavize e administre as consequências dessa intervenção.

ANEXO 1- FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTO PROVOCADA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

N°

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

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09

3 Data da notificação

4 UF

5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade Notificadora — 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7 Nome da Unidade Notificadora — Código Unidade

8 Unidade de Saúde — Código (CNES)

9 Data da ocorrência da violência

Notificação Individual

10 Nome do paciente

11 Data de nascimento

12 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

13 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

14 Gestante — 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado

15 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1ª grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1ª grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1ª grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1ª grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

17 Número do Cartão SUS

18 Nome da mãe

Dados de Residência

19 UF

20 Município de Residência — Código (IBGE)

21 Distrito

22 Bairro

23 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

24 Número

25 Complemento (apto., casa, ...)

26 Geo campo 1

27 Geo campo 2

28 Ponto de Referência

29 CEP

30 (DDD) Telefone

31 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

33 Nome Social

34 Ocupação

35 Situação conjugal / Estado civil — 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

36 Orientação Sexual — 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 Identidade de gênero: — 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? — 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado
☐ Deficiência Física ☐ Deficiência visual ☐ Transtorno mental ☐ Outras _____
☐ Deficiência Intelectual ☐ Deficiência auditiva ☐ Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

40 UF

41 Município de ocorrência — Código (IBGE)

42 Distrito

43 Bairro

44 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

45 Número

46 Complemento (apto., casa, ...)

47 Geo campo 3

48 Geo campo 4

49 Ponto de Referência

50 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

52 Local de ocorrência
01 - Residência
02 - Habitação coletiva
03 - Escola
04 - Local de prática esportiva
05 - Bar ou similar
06 - Via pública
07 - Comércio/serviços
08 - Indústrias/construção
09 - Outro _____
99 - Ignorado

53 Ocorreu outras vezes? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 A lesão foi autoprovocada? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 15.06.2015

Violência

55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros_____ 88-Não se aplica 99-Ignorado

56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Física
- Psicológica/Moral
- Tortura
- Sexual
- Tráfico de seres humanos
- Financeira/Econômica
- Negligência/Abandono
- Trabalho infantil
- Intervenção legal
- Outros _____

57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Força corporal/ espancamento
- Enforcamento
- Obj. contundente
- Obj. pérfuro-cortante
- Substância/ Obj. quente
- Envenenamento, Intoxicação
- Arma de fogo
- Ameaça
- Outro_____

Violência Sexual

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Assédio sexual
- Estupro
- Pornografia infantil
- Exploração sexual
- Outros _____

59 Procedimento realizado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Profilaxia DST
- Profilaxia HIV
- Profilaxia Hepatite B
- Coleta de sangue
- Coleta de sêmen
- Coleta de secreção vaginal
- Contracepção de emergência
- Aborto previsto em lei

Dados do provável autor da violência

60 Número de envolvidos
1 - Um
2 - Dois ou mais
9 - Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Pai
- Mãe
- Padrasto
- Madrasta
- Cônjuge
- Ex-Cônjuge
- Namorado(a)
- Ex-Namorado(a)
- Filho(a)
- Irmão(ã)
- Amigos/conhecidos
- Desconhecido(a)
- Cuidador(a)
- Patrão/chefe
- Pessoa com relação institucional
- Policial/agente da lei
- Própria pessoa
- Outros_____

62 Sexo do provável autor da violência
1 - Masculino
2 - Feminino
3 - Ambos os sexos
9 - Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool
1- Sim
2 - Não
9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:
1-Criança (0 a 9 anos)
2-Adolescente (10 a 19 anos)
3-Jovem (20 a 24 anos)
4-Pessoa adulta (25 a 59 anos)
5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
9-Ignorado

Encaminhamento

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras)
- Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)
- Rede da Educação (Creche, escola, outras)
- Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)
- Conselho Tutelar
- Conselho do Idoso
- Delegacia de Atendimento ao Idoso
- Centro de Referência dos Direitos Humanos
- Ministério Público
- Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente
- Delegacia de Atendimento à Mulher
- Outras delegacias
- Justiça da Infância e da Juventude
- Defensoria Pública

Dados finais

66 Violência Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão
CID 10 - Cap XX

69 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante | Vínculo/grau de parentesco | (DDD) Telefone

Observações Adicionais:

TELEFONES ÚTEIS

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136

Central de Atendimento à Mulher 180

Disque Direitos Humanos 100

Notificador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde/CNES

Nome | Função | Assinatura

ANEXO 2- FICHA DE INVESTIGAÇÃO INTOXICAÇÃO EXÓGENA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **INTOXICAÇÃO EXÓGENA**

Nº

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravo/doença: INTOXICAÇÃO EXÓGENA — Código (CID10): T 65.9

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano

11 Sexo — M - Masculino, F - Feminino, I - Ignorado

12 Gestante — *1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado*

13 Raça/Cor — *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado*

14 Escolaridade
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF

18 Município de Residência — Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Data da Investigação

32 Ocupação

33 Situação no Mercado de Trabalho
01- Empregado registrado com carteira assinada
02 - Empregado não registrado
03- Autônomo/ conta própria
04- Servidor público estatuário
05 - Servidor público celetista
06- Aposentado
07- Desempregado
08 - Trabalho temporário
09 - Cooperativado
10- Trabalhador avulso
11- Empregador
12- Outros_____
99 - Ignorado

34 Local de ocorrência da exposição
1. Residência 2.Ambiente de trabalho 3.Trajeto do trabalho 4.Serviços de saúde
5.Escola/creche 6.Ambiente externo 7.Outro _____ 9.Ignorado

Dados da Exposição

35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência

36 Atividade Econômica (CNAE)

37 UF

38 Município do estabelecimento — Código (IBGE)

39 Distrito

40 Bairro

41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)

42 Número

43 Complemento (apto., casa, ...)

44 Ponto de Referência do estabelecimento

45 CEP

46 (DDD) Telefone

47 Zona de exposição — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

48 País (se estabelecimento fora do Brasil)

Intoxicação Exógena — Sinan NET — SVS 09/06/2005

Dados da Exposição

49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral

01.Medicamento 02.Agrotóxico;uso agrícola 03.Agrotóxico/uso doméstico 04.Agrotóxico/uso saúde pública
05.Raticida 06.Produto veterinário 07.Produto de uso Domiciliar 08.Cosmético/higiene pessoal
09.Produto químico de uso industrial 10.metal 11.Drogas de abuso 12.Planta tóxica
13.Alimento e bebida 14.Outro _____ 99.Ignorado

50 Agente tóxico (informar até três agentes)

Nome Comercial/popular	Princípio Ativo
1 - _____	1 - _____
2 - _____	2 - _____
3 - _____	3 - _____

51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização

1.Inseticida 2.Herbicida 3.Carrapaticida 4.Raticida 5.Fungicida
6.Preservante para madeira 7.Outro_____ 8.Não se aplica 9.Ignorado

52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual

01- Diluição 05-Colheita 09-Outros
02-Pulverização 06- Transporte 10-Não se aplica
03- Tratamento de sementes 07-Desinsetização 99-Ignorado
04- Armazenagem 08-Produção/formulação

1ªOpção:
2ªOpção:
3ªOpção:

53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura

_____

54 Via de exposição/contaminação

1- Digestiva 4-Ocular 7-Transplacentária
2-Cutânea 5-Parenteral 8-Outra
3-Respiratória 6-Vaginal 9-Ignorada

1ªOpção:
2ªOpção:
3ªOpção:

55 Circunstância da exposição/contaminação

01-Uso Habitual 02-Acidental 03-Ambiental 04-Uso terapêutico 05-Prescrição médica inadequada
06-Erro de administração 07-Automedicação 08-Abuso 09-Ingestão de alimento ou bebida 10-Tentativa de suicídio
11-Tentativa de aborto 12-Violência/homicídio 13-Outra:_____ 99-Ignorado

56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação?

1 -Sim 2 -Não 9 - Ignorado

57 Tipo de Exposição

1 -Aguda - única 2 -Aguda - repetida 3 - Crônica
4 - Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado

Dados do Atendimento

58 Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento

1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9- Ignorado

59 Tipo de atendimento

1 -Hospitalar 2 -Ambulatorial 3 - Domiciliar
4 -Nenhum 9 - Ignorado

60 Houve hospitalização?

1 -Sim 2 -Não 9 - Ignorado

61 Data da internação

62 UF

63 Município de hospitalização

Código (IBGE)

64 Unidade de saúde

Código

Conclusão do Caso

65 Classificacão final

1 - Intoxicação confirmada 2 - Só Exposição 3 -Reação Adversa
4 -Outro Diagnóstico 5 -Síndrome de abstinência 9 -Ignorado

66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico

_____ CID - 10

67 Critério de confirmação

1 - Laboratorial
2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico

68 Evolução do Caso

1 - Cura sem sequela 2 - Cura com sequela 3 - Óbito por intoxicação exógena
4 - Óbito por outra causa 5-Perda de seguimento 9-Ignorado

69 Data do óbito

70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT.

1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado

71 Data do Encerramento

Informações complementares e observações

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

ANEXO 3 - ENDEREÇOS/ TELEFONES/ E MAIL NECESSÁRIOS

CONSELHO TUTELAR

- CT ELDORADO: Telefone 3396-3572 / e-mail: ct.eldorado@contagem.mg.gov.br /
- CT INDUSTRIAL: Telefone3361-3413/3357-4942e mail: ct.industrial@contagem.mg.gov.br
- CT NACIONAL:Telefone3352-5614 / e mail: ct.nacional@contagem.mg.gov.br
- CT SEDE:Telefone3398-7342/3398-7520 e mail: ct.sede@contagem.mg.gov.br /
- CT PETROLÂNDIA:Telefone3352-5755 / e mail: ct.petrolandia@contagem.mg.gov.br /
- CT VARGEM DAS FLORES: Telefone 3352-5476/3911-7032 / e mail: ct.vargemdasflores@contagem.mg.gov.br
- CT RESSACA: Telefone 3352-5602 / e mail: ct.ressaca@contagem.mg.gov.br /
- **TELEFONE DO PLANTÃO PELO 153**

CRAS

- CRAS ELDORADO: Telefone: 3911-6774/ 3352-5468/ email; craseldorado@hotmail.com
- CRAS PARQUE SÃO JOÃO:Telefone: 3352-5763/ 3392-4125 /email: craspqsaojoao@yahoo.com.br
- CRAS INDUSTRIAL: Telefone: 3333-1867/ 3363-3832 /email: crasindustrial.2016@gmail.com
- CRAS NACIONAL: Telefone: 3913-9097/ 3397-8738/ email: crasnacional.2018@gmail.com
- CRAS PETROLÂNDIA: Telefone: 3397-6381/ 3352-5608 /email: craspetrolandia@yahoo.com.br
- CRAS RESSACA: Telefone: 3357-4013/ 3352-3028 /email: crasressaca@gmail.com
- CRAS SEDE:Telefone: 3352-5361/ email: crassede@gmail.com
- CRAS CASA AMARELA: Telefone: 3361-8626/ 3355-5555/email: crascasaamarela@yahoo.com.br
- CRAS NOVA CONTAGEM: Telefone 3913-1873/ 3356-8464/ email: crasnovacontagem@gmail.com
- CRAS ICAIVERA: Telefone: 3352-5475 /3352-6031 /email: crasicaivera@gmail.com

CREAS

DIPE- Diretoria de proteção especial do CREAS (centro de referência especializado de assistência social/ email: dipemedia@gmail.com / telefone 3913-2029.

- CREAS VARGEM DAS FLORES- atendeo distrito Vargem das Flores:Telefone3392-2830/ 3913-2192/ 3392-2772/e mail: coordenacaocreasvf@yahoo.com.br.
- CREAS RESSACA- atende os distritos Ressaca e Nacional: Telefone 3913-8018/3361-4440/3361-4145 /e mail:creasressacanacional@gmail.com.
- CREAS SEDE- atende os distritos Sede e Petrolândia: Telefone 3356-6632/3352-5448/ 3391-6472/ email: creas.sede@gmail.com
- CREAS ELDORADO- atende os distritos Eldorado, Riacho e Industrial: Telefone 3352-5421/3352-5687/3352-5684/e mail: creas.eldorado@contagem.mg.gov.br oucreas.novoeldorado@gmail.com.
- **CENTRO POP**- abrangência Municipal: Telefone 3352-5337/98105-4259/ 2559-3472/ 2559-0442.

- **CENTRO MATERNO INFANTIL**: 3363-5300/5288/5298/5299/ComplexoHospitalar: Av. João César de Oliveira, 4495, Cinco/ telefone: 3352-8827/ 3356-2101/ 3356-2070

- **UPA**
    - UPA JK: 3356-2444
    - UPA PETROLÂNDIA: 3352-5312
    - UPA RESSACA: 3357-9555
    - UPA SEDE: 3352-5121
    - UPA VARGEM: 3198-6251

- **IST / AIDS - SAE:** 3351-4375 e-mail: saecontagem@yahoo.com CTA- Centro de Testagem e 3351-7620 Aconselhamento: e-mail: ctacontagem@yahoo.com

- **TRANSPORTE SANITÁRIO**: 3351-8278

- **CAPS:**

- **CAPS AD III** – 24 horas: Equipamento destinado ao atendimento das situações de crise psíquica decorrentes do uso abusivo, prejudicial ou dependência de álcool e outras drogas. Endereço: Rua Sevilha, 110 – Eldorado - 3398-7378
- **CAPS III ELDORADO**– 24 horas: Equipamento destinado ao atendimento de adultos em crise psíquica moradores dos Distritos Sanitários Petrolândia, Riacho, Industrial e Eldorado. Endereço: Rua Madre Margarida Fontanaresa – 106 – Eldorado - 3355-1558
- **CAPS III SEDE** – 24 horas: Equipamento destinado ao atendimento de adultos em crise psíquica moradores dos Distritos de Vargem das Flores, Ressaca, Nacional e Sede. Endereço: Rua Benjamim Camargos, 226 – Alvorada – 3398-7215
- **CAPS I:**Equipamento destinado ao atendimento de crianças e adolescentes em crise psíquica. Endereço: Rua Urucuri, 130 – Novo Eldorado – 3356-3307

- **CRIE**

Centro de referência em Imunobiológicos Especiais: 3277-4949/Av. Francisco Sales, 1111- Santa Efigênia, BHTE. Horário de atendimento: 7:30 às 18:30 h inclusive feriados e finais de semana.

- **ESPAÇO BEM ME QUERO:** 3398-9929

- **CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA:** Telefone: 3911-4548 - Email: cmdpd@contagem.mg.gov.br

- **CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA IDOSA** : 3392-2813 - comic@contagem.mg.gov.br

- **Conselho Municipal de promoção da Igualdade Racial:**
  Telefone: 3398-4268 - Email: cmpir.contagem@gmail.com

- **Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa LGBT - 3391-2551 -** Conselho.lgbt@contagem.mg.gov.br

- **SAS:** 3472-6329/3472-6328

- **DISTRITOS SANITÁRIOS**:
  - DISTRITO ELDORADO: 3392-2137/ 3911-3145/6270/2211
  - DISTRITO INDUSTRIAL: 3363-5791/3363-6092/3363-6290/3363-3592
  - DISTRITO NACIONAL: 3352-5720 / 3352-5863 / 3737-7464/3913-6324
  - DISTRITO PETROLÂNDIA: 3352-5794/ 3397-7834/3397-7836/3352-5267
  - DISTRITO RESSACA: 3354-6221/3354-6220 / 3352-5703
  - DISTRITO RIACHO: 3911-7180/7176/7161/7179/7168
  - DISTRITO SEDE: 3352-5823/ 3391-1840 / 3352-1803 /3352-5811
  - DISTRITO VARGEM DAS FLORES: 3392-9808 / 3392-9807 / 3352- 5006 / 5304

- **VARA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE**: 3398-1636/ 3399-8300/ Av. Maria da Glória Rocha, 425, Centro de Contagem

- **LIGUE 188 (24 h)**-Centro de Valorização da Vida- apoio emocional e prevenção do suicídio
- **LIGUE 180 (24 h)-**Central de atendimento à Mulher em Situação de Violência "NÃO SE CALE. DENUNCIE!"
- **DELEGACIA DE REPRESSÃO A CRIMES CONTRA A MULHER:** 3398-5808 - Rua Manoel Teixeira Camargos 63, Glória/ Contagem.

- **DECRIN -** Delegacia Especializada em Repressão aos crimes de Racismo, Xenofobia, Homofobia e Intolerâncias Correlatas – Telefone**: (31) 3335-0452.**

- **POLÍCIA MILITAR (LIGUE 190):**
  - 18º BATALHÃO: 2191-6100
  - 39º BATALHÃO: 3308-6573

- **IML**: Rua NíciaContinentino, 1291, Nova Gameleira/ Belo Horizonte/ telefone: 3372-0858

- **DISQUE DIREITOS HUMANOS**: 0800 31 11 19- A DENÚNCIA É ANÔNIMA/ QUEM CALA CONSENTE

- **COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA SENTINELA:**Rua Martim de Carvalho, 94, Santo Agostinho, Belo Horizonte/ telefone:3292-2000

REFERÊNCIA

BRASIL. Abuso sexual contra crianças e adolescentes – abordagem de casos concretos em uma perspectiva multidisciplinar e interinstitucional, Brasília 2020

BRASIL. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes -norma técnica Ministério da Saúde- 3ª edição atualizada e ampliada 1ª reimpressão

BRASIL. Secretaria de Estado de saúde do Distrito Federal.Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal/ Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília, 2008. 68 páginas.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Guia Intersetorialdeprevenção do comportamento/ Comitê Estadual de promoção da vida e prevenção do suicídio do estado do Rio Grande do Sul,2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde, série A.N. 167. Brasília-DF

BELO HORIZONTE. Orientações, Serviços, Conceitos de Violência Doméstica e Intrafamiliar, Catálogo CAVIN, Prefeitura de.

CURITIBA. Protocolo para atendimento às pessoas em situação de violência sexual, Curitiba, 2018.Paraná, governo do Estado, secretaria de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites virais. Brasília – DF, 2018.

BRASIL. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal. Brasília, 2009.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais. 1ª Edição. Brasília-DF, 2013.

MOLEIRO C. Centro de Investigação e Intervenção Social, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa (CIS, ISCTE-IUL), PINTO N. OLIVEIRA J. M. SANTOS, M. H Violência Doméstica: boas práticas no apoio a vítimas LGBT: guia de boas práticas para profissionais de estruturas de apoio a vítimas. Portugal, 2016.

BRASIL. Norma técnica: Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. 1ª Edição. Brasília – DF. 2015

BRASIL. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2ª edição 5ª reimpressão Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília − DF 2010.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Origem: PRT MS/GM 2836/2011). Brasília – DF. 2013

BRASIL. Guia de Enfrentamento ao Racismo Institucional. Geledés – Instituto da Mulher Negra. Brasília – DF. 2013

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua: relatório. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006. 96 p.; 22 cm. 1. Desenvolvimento Social. Brasil. 2. População de rua. Brasil. 3. Política pública. Brasil. CDD 330.981

IPEA. ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL. Marco Antônio Carvalho Natalin, Brasília, outubro 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 92 p. : il.