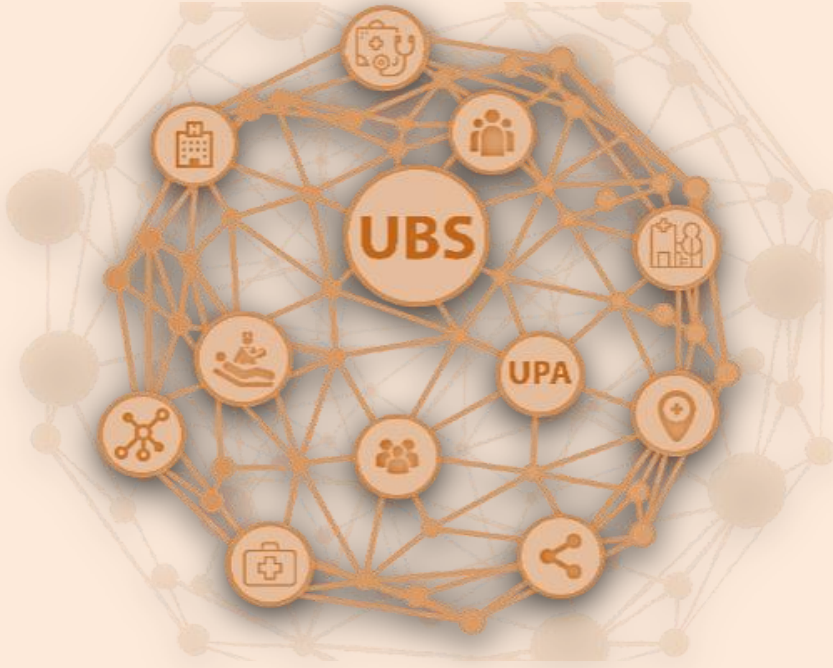
MANUAL DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

Promoção da saúde e cultura da paz



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PLANEJAMENTO

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

PREFEITURA DA CIDADE
RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento
Divisão de Vigilância Epidemiológica

MANUAL DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

1ª edição

Ribeirão Preto - SP
2018

2018. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Departamento de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica.

É permitida a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª edição – 2018

Elaboração, distribuição e informações: Divisão de Vigilância Epidemiológica do Município de Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. R. Prudente de Morais, 457 – Ribeirão Preto – SP. CEP: 14015-100
Projeto Unificado de Bolsas de Estudos da Universidade de São Paulo - Projeto de Cultura e Extensão: 1623 - Implementação de Atividades e Ações de Prevenção de Doenças e Agravos e de Promoção da Saúde junto à População de Ribeirão Preto/SP; sob Coordenação da Profa. Cinira Magali Fortuna.

Coordenação geral do projeto:
Daniela Borges Bittar

Elaboração:
Daniela Borges Bittar
Lina de Moura Mendes

Colaboração:
Luzia Márcia Romanholi Passos
Daniel Cardoso de Almeida e Araújo
Laura Aguiar de Lima
Renata Abduch
Cinira Magali Fortuna
Angelina Lettiere Viana

Ficha Catalográfica Brasil. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Manual de Atendimento à Mulher em Situação de Violência no Município de Ribeirão Preto / Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento. Ribeirão Preto – São Paulo: Divisão de Vigilância Epidemiológica, 2018. 65p.:
il. _____.
1. Violência. 2. Saúde da Mulher. 3.Violência contra a Mulher. 4. Violência Doméstica. 5. Enfermagem. 6. Atenção à Saúde.

SUMÁRIO

Apresentação 6
Introdução 8
Aspectos conceituais da violência 10
O que é violência? 10
Violência contra a Mulher 10
Gênero 10
Violência Física 11
Violência Psicológica/Moral 11
Violência Autoprovocada/tentativa de suicídio 12
Violência Digital/virtual/online 13
Violência Sexual 14
Negligência/Abandono 14
Violência Patrimonial/Econômica 15
Violência Institucional 15
Identificando as vítimas e os agressores **16**
O ciclo da violência **17**
O setor saúde no atendimento à mulher em situação de violência **21**
Suspeitando da violência 23
Atendimento à mulher em situação de violência **24**
1° Passo do Atendimento: escuta qualificada 24
2° Passo do Atendimento: avaliação global 28
3° Passo do Atendimento: plano de cuidado 34
Plano de segurança **35**
Encaminhamentos **36**
NAEM 36

SERAVIG 41
SEAVIDAS 43
ABORTO LEGAL 46
Vigilância epidemiológica – notificação compulsória 48
Por que notificar? 50
Entendendo o fluxo de atendimento à mulher em situação de violência no município de Ribeirão Preto 52
Fluxo de atendimento à mulher em situação de violência 53
Vítima de violência sexual 54
Vítima de outras violências 57
Os serviços 58
Assistência Social 58
Jurídico 60
Hospital de referência para atendimento às vítimas de violência sexual 60
Referências 61
Anexo I 63
Apêndice I 65

LISTA DE SIGLAS	
B.O.	Boletim de Ocorrência
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DPJ	Delegacia de Polícia Judiciária
HCFMRP-UE	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Unidade de Emergência
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
NAE	Núcleo de Atendimento Especializado ao Adolescente
NAEI	Núcleo de Atendimento Especializado ao Idoso
NAEM	Núcleo de Atendimento Especializado à Mulher
OSC	Organização da Sociedade Civil
SAC	Serviço de Apoio ao CRAS
SAICA	Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade e Risco Social
SEAVIDAS	Serviço de Atenção à Violência Doméstica e Agressão Sexual
SERAVIG	Serviço de Reeducação do Autor de Violência de Gênero
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública devido ao seu poder de segregação e a suas consequências traumáticas e inapagáveis à vítima (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; 2015). É um fenômeno que atinge um grande número de mulheres em todo mundo, que independe de classe social, orientação sexual, estado civil, origem, raça ou nível de escolaridade, sendo manifestada em relações desiguais de poder (BRASIL, 2016a). Pode ocorrer desde a infância até a velhice, seja no trabalho, no domicílio, nas dimensões religiosas, culturais, comunitárias, entre outras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Em todas as partes do mundo, as mortes por causas violentas representam a "ponta do iceberg". As diversas formas de violência ocorrem todos os dias, apesar de não haver estimativas nacionais e internacionais precisas sobre cada uma delas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

É importante salientar que nem todas as formas de violência têm como resultado o surgimento de lesões graves o bastante, capazes de levar a mulher a procurar assistência à saúde e, mesmo entre as que resultam, os sistemas de vigilância ainda apresentam dificuldades devido à subnotificação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002);

visto que a notificação de violência interpessoal e autoprovocada é compulsória no território nacional (BRASIL, 2014a).

A violência impõe ônus humanos e econômicos aos países e custam, anualmente, muitos bilhões de dólares em assistência à saúde, custos legais, absenteísmo e produtividade perdida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). O problema não é exclusivo do setor saúde, pois perpassa todas as áreas da sociedade – educação, assistência social, judiciário, sociedade civil e outras.

Diante da complexidade desse fenômeno, com o objetivo de ampliar a resolutividade dos profissionais que prestam assistência à vítima de violência, proporcionando ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais, o Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto tem empregado esforços na produção de diversos materiais técnicos norteadores para o processo de trabalho de profissionais de saúde e demais envolvidos.

Assim, apresentamos este manual que aborda os aspectos conceituais, os tipos de violência, o ciclo da violência contra a mulher, as estratégias assistenciais na atenção à saúde em todos os seus pontos de atenção, o fluxo de atendimento à mulher em situação de violência, o fluxo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada e as possibilidades de encaminhamentos dentro de uma rede intersetorial.

Qualquer violência é considerada uma violação dos direitos humanos! Suas cicatrizes podem ser permanentes na vida da vítima. Todavia, uma assistência empática, integral e humana pode ajudá-la a superar. A vítima precisa ser ouvida, orientada e cuidada.

INTRODUÇÃO

Este ***Manual de Atendimento à Mulher em Situação de Violência no Município de Ribeirão Preto*** tem por finalidade estabelecer conceitos de violência, definir os tipos de violência contra mulher, estratégias assistenciais na atenção à saúde e nos demais pontos de atenção, apresentar o fluxo de atendimento e o fluxo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, além de apresentar as possibilidades de encaminhamentos dentro de uma rede intersetorial.

Quando falamos em violência, remete-nos à memória cenas de guerra ou de violência imposta; porém, menos visível e mais disseminado é o legado do sofrimento individual diário que vivenciamos em nossa prática profissional (KRUG et al., 2002). Segundo Nelson Mandela:

> É a dor das crianças que sofrem abusos provenientes das pessoas que deveriam protegê-las, mulheres feridas ou humilhadas por parceiros violentos, pessoas idosas maltratadas por aqueles que são os responsáveis pelos seus cuidados, jovens oprimidos por outros jovens e pessoas de todas as idades que infligem violência contra si próprias (KRUG et al., 2002, p.8).

Ainda segundo Nelson Mandela, este sofrimento se reproduz quando novas gerações aprendem com a violência de gerações passadas, quando as vítimas aprendem com seus agressores e quando se permite que se mantenham as condições sociais que nutrem a violência. Nenhum povo ou local do mundo está imune à violência, mas, também, não estamos impotentes diante dela (KRUG et al.,

2002, p.8). Desse modo, a elaboração do Manual de Atendimento à Mulher em Situação de Violência tem como objetivo ampliar a resolutividade dos profissionais que prestam assistência à mulher em situação de violência, nortear seu processo de trabalho e diminuir a subnotificação da violência interpessoal e autoprovocada, a fim de estreitar os laços entre assistência à saúde da mulher e vigilância epidemiológica.

Figura 1 - Representação do iceberg da mulher em situação de violência

Fonte: ALMMA–Sociedade de Advogadas. Disponível em: http://almma.adv.br/ciclo-violencia-domestica-familiar-contra-mulher/. Adaptada pelo autor. Imagem do Google.

O que é violência?

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002, p.5) a violência pode ser definida como:

> "O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação".

Violência contra a mulher

> "Entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado" (BRASIL**,** 2010).

Gênero

> Entende-se gênero como uma construção social, cultural e histórica que atribui papéis rígidos, funções e comportamentos ao ser homem e ao ser mulher. A desigualdade de gênero é capaz de levar à subjugação, pois ao feminino é atribuída a fragilidade, a passividade, a emoção, a submissão. Já ao masculino, a atividade, a força, a racionalidade, a dominação. Ou seja, esses adjetivos são empregados geralmente como atributos naturais ou biológicos inerentes ao gênero (SAFFIOTI, 2002; TONELI, 2012).

Violência física

"Uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem. Exemplos: tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, lesões por armas ou objetos, amarrar, arrastar" (BRASIL, 2016a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Violência Psicológica/Moral

"Agressões verbais ou gestuais com o objetivo de rejeitar, depreciar, discriminar, desrespeitar, fazer cobranças exageradas, punir, humilhar, restringir sua liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. É toda ação que coloque em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho" (BRASIL, 2016a).

Prevenção ao suicídio: *a ligação é gratuita de telefone fixo, celular e orelhão, 24h todos os dias da semana.*

Violência autoprovocada/Tentativa de suicídio

> “Casos em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma ou tentou o suicídio. Considera-se tentativa de suicídio o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação” (BRASIL, 2016b).

Todos esses casos devem ser imediatamente notificados (em até 24 horas pelo meio mais rápido disponível). Os casos de tentativa de suicídio (que não resultaram na morte da pessoa) devem receber atenção especial, considerando a importância de tomada rápida de decisão. Essa, envolve ações como o encaminhamento e vinculação da pessoa aos serviços de atenção psicossocial (CAPS), de modo a prevenir que um novo caso de tentativa de suicídio se concretize, pois, as estatísticas demonstram um risco elevado de novas tentativas subsequentes (BRASIL, 2016b).

Violência Digital/Virtual/Online

A violência digital contra a mulher está presente em todas as instâncias do espaço digital, em todos os idiomas. Ela se manifesta de várias maneiras: na forma de assédio moral e sexual, ofensas, ameaças, bullying sistemático/ cyberbullying, chantagem, linchamento virtual. As mulheres são mais frequentemente perseguidas, ofendidas com xingamentos de teor sexual (*"vagabunda", "vadia", "puta"*), com relação à aparência (*"feia", "gorda"*) e com ameaças envolvendo crimes como estupro e morte com descrições gráficas, formatos que raramente aparecem no caso dos homens. A epidemia deste tipo de violência pode ter impacto na saúde pública, no sistema judicial e em outros serviços de assistência social. Outro efeito imediato é no cerceamento da liberdade de expressão e de outros direitos humanos das vítimas: abusos verbais recorrentes acabam tendo como consequência o silêncio da vítima que, com medo de sofrer outros ataques, se priva de opinar ou se posicionar em espaços virtuais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). Vale ressaltar que, no Brasil, temos a Lei 12.737/2012 que dispõe sobre a tipificação criminal de delitos informáticos (BRASIL, 2012).

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 obriga outra pessoa, de qualquer sexo, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais. Exemplos: situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas ou impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, manuseio, penetração oral, anal ou genital com pênis ou objetos de forma forçada" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; BRASIL, 2016a).

Negligência/Abandono

"Ausência, recusa ou deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados. Crianças e idosos são as principais vítimas. Exemplos: falta de cuidados necessários à saúde, privação de medicamentos, falta de higiene. O abandono é uma forma extrema de negligência" (BRASIL, 2012; 2016a).

Disque Denúncia Unificado

181 ***ou Conselho Tutelar***

0800 7717220

Violência Patrimonial/Econômica

"Caracterizada pela retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens e valores. Mulheres e idosos são as maiores vítimas. Exemplos: rasgar ou esconder documentos, subtrair computador pessoal ou celular, rasgar roupas" (BRASIL, 2002).

Mulheres e idosos são as principais vítimas

Conselho do Idoso:

***(16)* 3961-2024**

Violência Institucional

"É aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional. Exemplo: violência obstétrica" (BRASIL, 2002).

IDENTIFICANDO AS VÍTIMAS E OS AGRESSORES

É comum o envolvimento afetivo ou de laço consanguíneo entre a vítima e o agressor. Parceiros e ex-parceiros afetivos são os agressores mais comuns, porém, não são os únicos, pois o agressor pode ser também um tio, os próprios filhos ou qualquer outro parente que, geralmente, mora na mesma residência da vítima. Dados mostram que o autor da violência desconhecido é o menos comum (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

O fato de as mulheres, em geral, estarem emocionalmente envolvidas com quem as “vitimiza” e muitas vezes dependerem financeiramente do agressor, dificulta a identificação da violência, uma vez que esses laços afetivos podem ser uma importante barreira para a denúncia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Ao contrário do que afirma o senso comum, **deixar um relacionamento abusivo se configura em um processo e não em um evento rápido e "definitivo".** A maioria das mulheres deixa e retorna várias vezes um relacionamento em que são vítimas de violência, antes de finalmente dar um fim à relação. O processo inclui períodos de negação, de culpabilização de si mesmas antes de reconhecer a realidade do abuso e identificarem-se como vítimas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Fale Assistência Social: *denúncias de exploração sexual, violência, negligência com crianças e adolescentes e outras violações*

O CICLO DA VIOLÊNCIA

É importante que o profissional de saúde compreenda o ciclo da violência contra a mulher, a fim de assisti-la melhor e oferecer ajuda **quantas vezes forem necessárias** (BRASIL, 2002).

Na violência contra a mulher, a agressão é infligida em um ciclo repetitivo, composto por três fases (WALKER, 1979; BRASIL, 2005).

CICLO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Fase 1 – construção da tensão no relacionamento

Inicia-se com agressões verbais, crises de ciúmes, ameaças, destruição de objetos. Nessa fase a mulher tenta acalmar o agressor, mostrando-se dócil, prestativa, tentando antecipar cada um de seus caprichos, impedindo que a raiva se torne cada vez maior.

Fase 2 – explosão da violência, descontrole e destruição

É marcada por agressões agudas, quando a tensão atinge seu ponto máximo, com ataques mais graves.

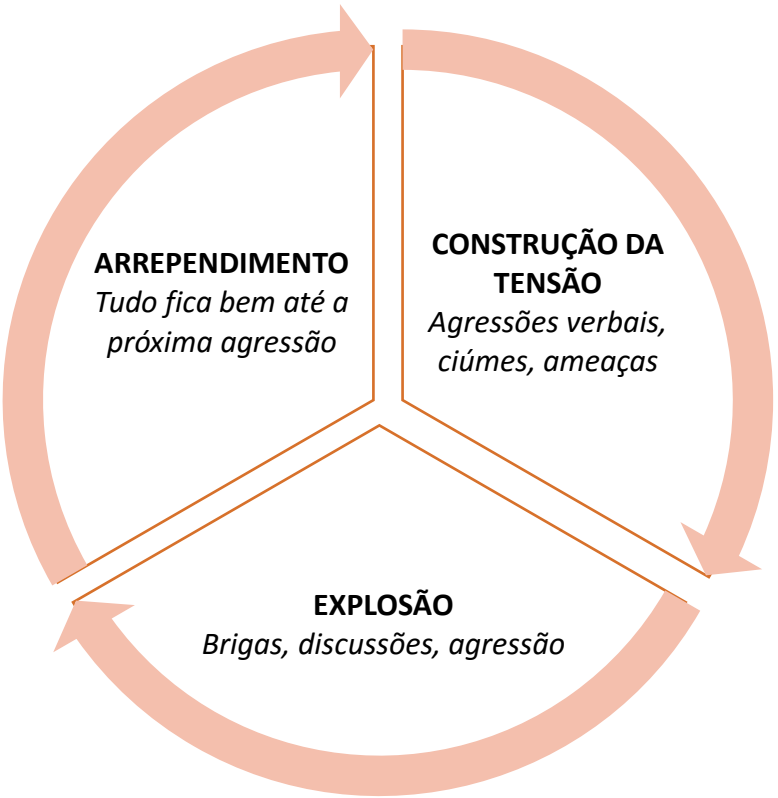
Fase 3 – arrependimento do agressor, a *"Lua de Mel"*

Terminando o período de violência, o agressor demonstra remorso e medo de perder a companheira. Promete qualquer coisa, implora perdão, compra presentes, demonstra sua culpa e sua paixão.

(BRASIL, 2005)

Ciclo da Violência

Figura 2 - O ciclo da violência segundo Walker (1979)



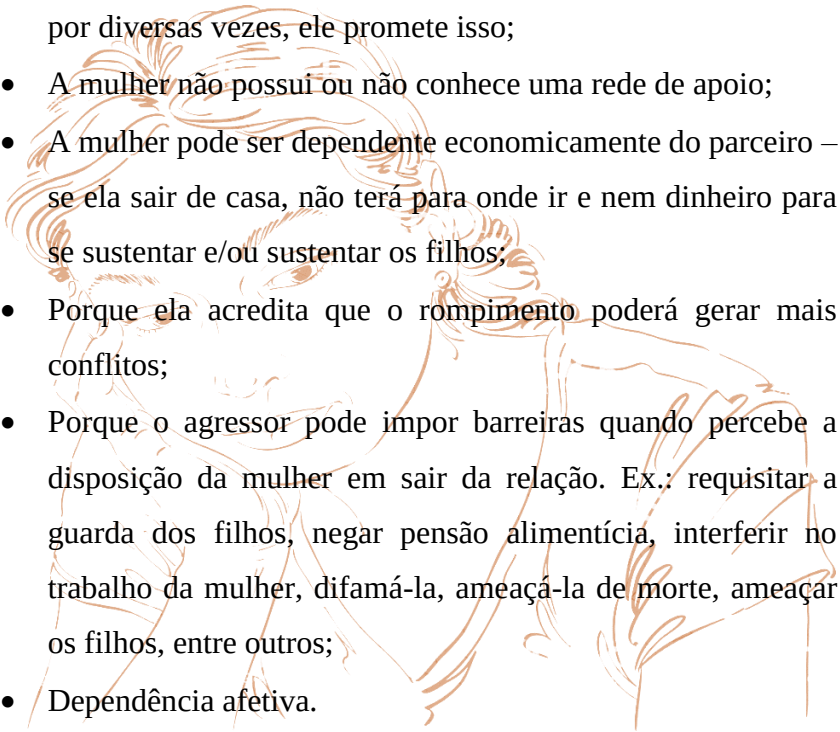
Fonte: elaborado pelo próprio autor

Vale lembrar! ***As situações de violência não são necessariamente verbalizadas pelas mulheres!***

Algumas pessoas acreditam que a mulher aguenta as agressões porque merece sofrê-las e que não quebra o ciclo da violência porque se acostumou a viver dessa forma.

Porém, isso não é verdade!

Abaixo listamos alguns motivos pelos quais as mulheres não abandonam seus parceiros ou não relatam os casos de violência:



- Porque procurar ajuda causa vergonha e medo de julgamentos;
- Resta a esperança de que o parceiro mude o comportamento e, por diversas vezes, ele promete isso;
- A mulher não possui ou não conhece uma rede de apoio;
- A mulher pode ser dependente economicamente do parceiro – se ela sair de casa, não terá para onde ir e nem dinheiro para se sustentar e/ou sustentar os filhos;
- Porque ela acredita que o rompimento poderá gerar mais conflitos;
- Porque o agressor pode impor barreiras quando percebe a disposição da mulher em sair da relação. Ex.: requisitar a guarda dos filhos, negar pensão alimentícia, interferir no trabalho da mulher, difamá-la, ameaçá-la de morte, ameaçar os filhos, entre outros;
- Dependência afetiva.

(BRASIL, 2016a)

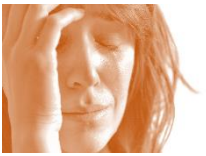
O SETOR SAÚDE NO ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Para a atendimento às mulheres em situação de violência, nos embasaremos no material técnico norteador do processo de trabalho do Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa: **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres,** que, em seu capítulo sétimo, discorre sobre a "Atenção às mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar" (BRASIL, 2016a).

No setor saúde, as instituições envolvidas na atenção às pessoas em situação de violência devem assegurar cada etapa do atendimento que for necessária.

Tais etapas podem ser divididas em (BRASIL, 2016a):

- ✓ Acolhimento com escuta qualificada;
- ✓ Avaliação global;
- ✓ Estabelecimento de plano de cuidados.



É fundamental que os profissionais de saúde consigam identificar situações de violência e prestar um atendimento integral e humanizado nas situações em que mulheres têm seus direitos – sexuais e humanos – violados (BRASIL, 2016a).

O cuidado em saúde envolve um conjunto de atitudes e condutas profissionais que deve ser pautado pela ética, pela humanização e pela integralidade da atenção. Nesta perspectiva, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) dá relevo à

dimensão do cuidado, tendo como base os conceitos de acolhimento, responsabilização e resolutividade da atenção à saúde.

O **ACOLHIMENTO** é compreendido como ato ou efeito de acolher, de dar credibilidade; é uma ação de aproximação que reflete um fazer em saúde, deixando a marca do cuidado e expressando simultaneamente solidariedade e confiança. **O acolhimento não é um espaço ou um local, mas sim uma postura ética, que envolve compartilhamento de saberes, angústias e criatividade nos modos de fazer o cuidado em saúde** (BRASIL, 2004).

A **RESPONSABILIZAÇÃO** consiste no compromisso que os profissionais da saúde assumem em relação à vida e às necessidades da pessoa atendida. **Ela pode se concretizar na qualificação dos serviços prestados na unidade de saúde e na assertividade dos encaminhamentos feitos para outros serviços dentro e fora da Rede da Saúde** (BRASIL, 2004).

A **RESOLUTIVIDADE** é a competência que o sistema de saúde possui, dentro de seus limites de complexidade e capacidade tecnológicas, de resolver os problemas de saúde que são demandados. Atender a essas demandas implica ainda provocar impactos coletivos sobre a saúde, partindo-se do princípio de que **os serviços têm de se**

responsabilizar pelo cuidado à saúde das pessoas, considerando a abrangência e as especificidades de seus territórios (BRASIL, 2004).

SUSPEITANDO DA VIOLÊNCIA

Qual profissional pode identificar uma suspeita de violência contra a mulher?

Todos os profissionais da equipe de saúde devem estar atentos e podem identificar casos de violência no âmbito da atenção à saúde.

Devemos lembrar que o diagnóstico de violência, muitas vezes, pode ser confundido com outras doenças. Segundo o Caderno do Ministério da Saúde *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço* (BRASIL, 2002), é importante que todos os profissionais reúnam e registrem o máximo de dados e evidências observados, de acordo com suas competências, para a construção de uma história precisa sobre o evento. Além disso, é importante solicitar apoio de outros pontos de atenção quando o caso se configurar com uma complexidade maior (BRASIL, 2002).

É necessário que o caso seja acompanhado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência da mulher e também por outros profissionais de apoio, tais como: assistente social, psicólogo e médico de confiança da mulher (como o médico da família, seu ginecologista ou o clínico).

Esses casos também podem ser discutidos com os profissionais do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), com as equipes de saúde mental e com o Distrito de Vigilância Epidemiológica de referência da Unidade.

ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

1º PASSO DO ATENDIMENTO – Escuta qualificada

O atendimento profissional deve ser pautado em uma **escuta qualificada.** Isso significa que o profissional deve oferecer atendimento humanizado à mulher, observando os princípios do respeito à dignidade humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade, propiciando ambiente de confiança e respeito (BRASIL, 2016a).

Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações é imprescindível (BRASIL, 2016a).

Quais os cuidados que os profissionais devem ter para não exercer a violência no ambiente de trabalho?

É importante que o profissional assuma uma postura de não (re)vitimização das mulheres, tendo consciência crítica dos seus próprios sentimentos ao lidar com a violência (BRASIL, 2016a).

A abertura para o diálogo se dará através da construção do vínculo entre vítima e profissional e isso se faz possível através de uma atitude acolhedora, não moralista e sem juízo de valor. Infelizmente alguns profissionais tendem a acreditar, por aspirações pessoais que, problemas familiares não dizem respeito ao setor saúde e, por isso, são negligenciados (BRASIL, 2016a).

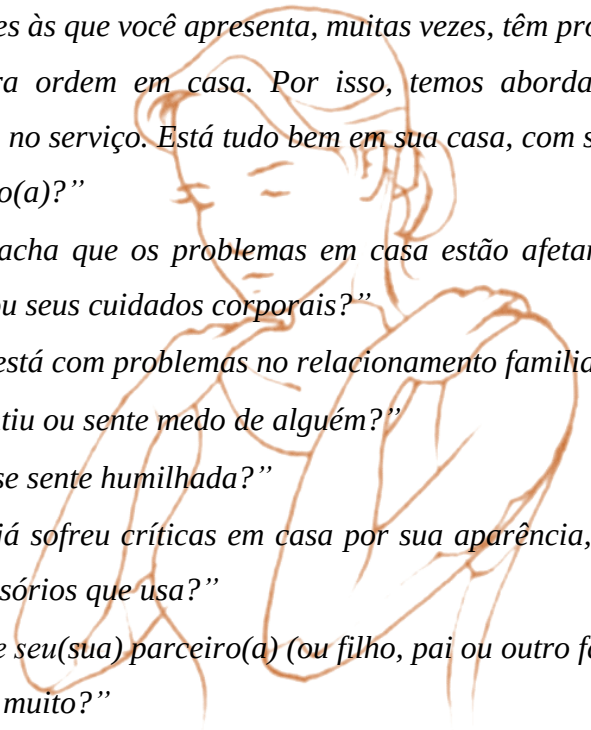
Durante o atendimento, o profissional pode se abalar emocionalmente, podendo sentir raiva, medo ou impotência. Recomenda-se que profissionais com dificuldade de abordar o tema optem por abordagens indiretas (BRASIL, 2016a).

Contudo, para identificação dos motivos de contato, como poucas mulheres fazem queixa ativa de violência, perguntas diretas também podem ser importantes, desde que não estigmatizem ou julguem-nas, para não se romper o interesse demonstrado pelo serviço em relação ao atendimento à mulher (BRASIL, 2016a).

Existem mulheres "***poliqueixosas*"**, com visitas constantes à unidade de saúde, com sintomas e dores que, muitas vezes, não possuem diagnóstico claro. Assim, os profissionais devem se atentar a uma possível situação de violência. Por responsabilidade e ética

profissional, as perguntas de identificação de violência só podem ser feitas por profissionais que estiverem cientes das condutas que devem seguir em casos de violência. Nesse caso, trazemos na sequência, propostas de perguntas (BRASIL, 2016a).

Exemplos de abordagem:



- *"Sabe-se que mulheres com problemas de saúde ou queixas similares às que você apresenta, muitas vezes, têm problemas de outra ordem em casa. Por isso, temos abordado este assunto no serviço. Está tudo bem em sua casa, com seu(sua) parceiro(a)?"*
- *"Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde ou seus cuidados corporais?"*
- *"Você está com problemas no relacionamento familiar?"*
- *"Já sentiu ou sente medo de alguém?"*
- *"Você se sente humilhada?"*
- *"Você já sofreu críticas em casa por sua aparência, roupas ou acessórios que usa?"*
- *"Você e seu(sua) parceiro(a) (ou filho, pai ou outro familiar) brigam muito?"*

(BRASIL, 2016a, p.218)

NÃO SE ESQUEÇA!

O profissional de saúde deve assegurar que a mulher compreenda tudo que será realizado em cada etapa do atendimento (acolhimento com escuta qualificada, avaliação global e estabelecimento do plano de cuidados) e a importância das condutas multiprofissionais na rede intra e intersetorial de proteção às mulheres em situação de violência, respeitando sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento. Também deve orientar a mulher sobre a importância de se registrar um Boletim de Ocorrência para sua proteção e de sua família, respeitando, todavia, sua opinião e desejo (BRASIL, 2016a).

Vale lembrar que o atendimento por parte do profissional de saúde deve ser prestado independentemente da realização de Boletim de Ocorrência.

Delegacia da Mulher

(16) 3610-4499

Anamnese e Entrevista

Postura profissional

- ✓ **Ouça sem julgamentos ou interrupções.** Permita que a pessoa fale no seu próprio ritmo, sem acelerar ou interromper seu raciocínio. Nos momentos de silêncio não tenha pressa e respeite o momento dela para continuar. **Em muitos casos, ser ouvida pode ser tudo o que as vítimas precisam!**
- ✓ **Pergunte como ela gostaria de ser ajudada.**
- ✓ **Evite fazer muitas perguntas,** principalmente aquelas que contenham "porquês". Essas perguntas podem fazer com que a pessoa se sinta culpada ou podem demonstrar que você não acredita nela. **Antes de falar, pergunte a si mesmo: esta pergunta vai ajudar a esclarecer?**
- ✓ **Deixe claro que você acredita nela**, que ela não é culpada pelo que aconteceu e que independente do que ela fez ninguém merece ser violentado.
- ✓ **Valorize os sentimentos da outra pessoa!**
- ✓ **Seja ético e profissional!** Não compartilhe o que foi dito a você com qualquer pessoa, a não ser que o objetivo seja a resolução do problema.
- ✓ **Explore as opções de apoio da rede intra e intersetorial** e sempre que necessário procure apoio e orientação.

- ✓ Ofereça um atendimento acolhedor, receptivo e, acima de tudo, humano. Isso não será capaz de fazê-la esquecer, mas pode ajudá-la a superar.
- ✓ Ocasionalmente, elas podem querer **esperar para tomar algumas decisões**. **Deixe que ela tome as decisões no seu tempo.**

Sugestões para abordagem

- ✓ *"O que posso fazer por você?"*
- ✓ *"Estou aqui se precisar de alguém para conversar!"*
- ✓ *"Sinto muito que isso tenha acontecido com você."*
- ✓ *"Não importa o que você fez, ninguém merece sofrer uma violência como essa."*

Você sempre deve denunciar a violência

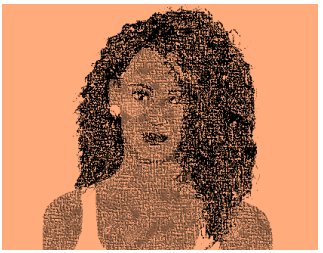
- ✓ Mas é importante que você também preserve sua segurança;
- ✓ Procure sempre uma autoridade que possa lhe ajudar a pensar na melhor forma de fazer isso;
- ✓ Em muitos casos a vítima não quer fazer nenhum tipo de denúncia, mas quando a violência é praticada contra pessoas vulneráveis (idosos, crianças e pessoas com deficiência) é dever ético de todo cidadão fazer a denúncia sobre a violência ocorrida.

(BRASIL, 2016a)

Durante o atendimento, os profissionais da equipe multiprofissional devem estar atentos para identificarem situações de vulnerabilidade e se houver situação de violência, avaliar se é recorrente ou não (violência de repetição).

Vale atentar para as especificidades de algumas populações:

- Profissionais do sexo;
- Lésbicas, transexuais e transgêneros;
- Mulheres negras;
- Crianças, adolescentes e idosas;
- Mulheres em situação de rua;
- População feminina encarcerada;
- Usuárias de substâncias psicoativas,
- Mulheres com deficiência;
- Mulheres do campo, da floresta, de quilombos e de comunidades tradicionais.



(BRASIL, 2016a)

Na anamnese, os profissionais não devem se ater apenas aos sinais físicos, mas também à história, sinais e sintomas e incluir no diagnóstico diferencial a possibilidade de a mulher estar vivendo uma situação de violência (BELO HORIZONTE, 2015).

Existem falas, não tão claras, que podem significar um pedido de ajuda e devem chamar nossa atenção. Não apenas mulheres com o corpo cheio de hematomas podem nos lembrar situações de violência e sempre devemos observar a possibilidade de violência entre parceiros íntimos (BELO HORIZONTE, 2015).

Vale lembrar que essas situações não são necessariamente verbalizadas pelas mulheres, devido à:

- ✓ Sentimento de vergonha ou constrangimento;
- ✓ Receio por sua segurança ou pela segurança de seus filhos; Experiências traumáticas prévias ou expectativa de mudança de comportamento por parte do agressor;
- ✓ Dependência econômica ou afetiva do parceiro;
- ✓ Desvalorização ou banalização de seus problemas e/ou;
- ✓ Cerceamento da liberdade pelo parceiro(a).

(BRASIL, 2016a)

Algumas situações e/ou sintomas podem ser associados à violência contra a mulher e podem servir de critério para se suspeitar de uma agressão! Se houver situação de risco de vida, fornecer informações sobre como estabelecer um plano de segurança.

Sinais de alerta de violência

- Transtornos crônicos, vagos e repetitivos;
- Entrada tardia no pré-natal;
- Companheiro muito controlador;
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- Dor pélvica crônica e doenças sexualmente transmissíveis (DST);
- Síndrome do intestino irritável;
- Transtornos de sexualidade;
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição;
- Depressão ou ansiedade;
- História de tentativa de suicídio;
- Lesões físicas que não se explicam de forma adequada.

(BRASIL, 2016a; SILVA, OLIVEIRA, 2016)

Exame Físico Geral e Específico

- ✓ Atentar para recusa ou dificuldade no exame ginecológico de rotina;
- ✓ Observar se há presença de ferimentos que não condizem com a explicação de como ocorreram;
- ✓ Realizar inspeção detalhada de partes do corpo que podem revelar sinais de violência: troncos, membros (inclusive parte interna das coxas), nádegas, cabeça e pescoço, não se esquecendo das mucosas (inclusive genitais), orelhas, mãos e pés.

(BRASIL, 2016a)

Para evitar a revitimização e a perda do vínculo com a mulher, é recomendável que a unidade de saúde identifique a situação de violência, preste os cuidados necessários – como administração de medicamentos, suturas, curativos, anticoncepção hormonal de emergência – e faça os encaminhamentos aos serviços especializados para que receba todas as profilaxias e tratamentos necessários (BRASIL, 2016a).

O BOLETIM DE OCORRÊNCIA

A decisão de lavrar o Boletim de Ocorrência (BO) é única e exclusiva da mulher, não podendo ser coagida a realizá-lo ou julgada caso não faça.

Em qualquer caso de violência relatado no serviço de saúde, a mulher deve ser estimulada a realizá-lo, para sua proteção pessoal e solicitação de possível medida protetiva.

PLANO DE SEGURANÇA

Construir, junto com a mulher em situação de violência, o plano de segurança baseado em quatro passos:

1. Identificar um ou mais vizinhos em quem a mulher confie e possa contar sobre a violência. Assim, eles poderão ajudá-la se ouvirem brigas em sua casa, fazendo um acordo e combinando um código para situações de emergência, como: *"Quando eu colocar o pano de prato para fora da janela, chame ajuda".*

2. Se a briga for inevitável, sugerir que a mulher se certifique de estar em um lugar que facilite a fuga. É importante não discutir na cozinha ou em locais em que haja possíveis armas ou facas.

3. Orientar que a mulher cogite planejar como fugir de casa em segurança, pensando previamente em um local onde possa ir.

4. Orientar que a mulher se preocupe em escolher um lugar seguro para manter cópias de seus documentos pessoais e de seus filhos, algum dinheiro, roupas e uma cópia da chave de casa, caso tenha que fugir rapidamente.

(BRASIL, 2016a)

NAEM – Núcleo de Atendimento Especializado à Mulher

O NAEM, "Núcleo de Atendimento Especializado à Mulher", é o serviço responsável por oferecer atendimento psicossocial à mulher, maior de 18 anos, em situação de violência. No âmbito governamental, é um dos serviços que compõem a rede de atendimento à mulher em situação de violência.

A mulher não precisa realizar o Boletim de Ocorrência para ter acesso ao NAEM!

Oferece **apoio**, **orientação** e **acompanhamento** à mulher vítima de violência e também desenvolve recursos para que esta mulher cesse a vivência de violência, com estratégias que podem contemplar outros familiares.

O NAEM articula-se com outros serviços socioassistenciais e também com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos. **Garante atendimento imediato e providências necessárias** para a inclusão da família e de seus membros em serviços socioassistenciais e/ou em programas de transferência de renda, de forma a qualificar a intervenção e restaurar o direito.

Visa **promover a ruptura da situação de violência** e a construção da cidadania por meio de ações globais e de atendimento

interdisciplinar (psicossocial, jurídico, de orientação e informação) à mulher em situação de violência, exercendo assim o papel de articulação entre os serviços governamentais e não-governamentais, que integram a rede de atendimento às mulheres em situação de vulnerabilidade social, em função da violência de gênero.

Ressalta-se que esta mulher não necessita realizar o Boletim de Ocorrência nem mesmo verbalizar o desejo de se distanciar do autor da violência para ser atendida. Há um leque de possibilidades que são avaliadas individualmente a fim de oferecer um atendimento integral, com respeito às decisões da mulher vítima de violência.

Competências do NAEM

O NAEM avalia e realiza o seguimento da mulher vítima de violência, fazendo inicialmente o acolhimento e, em seguida, pode encaminhá-la para atendimento médico, jurídico, para solicitação de medida protetiva ou descumprimento de medida, para programas de transferência de renda; também avalia a necessidade de escolta e patrulhamento pela guarda municipal, dentre outras possibilidades discutidas e compartilhadas com a vítima.

Vale lembrar! O NAEM pode solicitar a medida protetiva!

ACOLHIDA

O equipamento está aberto de **segunda à sexta-feira** das **08:00h às 17:00h,** sempre com uma técnica disponível para realizar o acolhimento inicial.

ORIENTAÇÃO JURÍDICA

Orientação no âmbito jurídico, objetivando esclarecimentos e apropriação de conhecimento para auxiliar na tomada de decisões.

BUSCA ATIVA

O serviço realiza **contato telefônico para orientar** a mulher acerca dos serviços que oferece, realiza a escuta de seu relato e também agenda o atendimento individual.

ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL

Atendimento prestado, com ou sem Boletim de Ocorrência e/ ou Medida Protetiva, **objetivando empoderar essa mulher para enfrentar a vivência de violência** e d**esenvolver recursos para transcendê-la**. Esses atendimentos são realizados geralmente, por agendamento, em horário comercial, mas há a possibilidade de realizá-los em horários alternativos ou emergenciais.

VISITA DOMICILIAR

Realizada para maior compreensão da rotina e dinâmica familiar, com anuência da mulher, bem como para atender vítimas em cárcere e averiguar denúncias.

Guarda Municipal

Patrulha Maria da Penha

ARTICULAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS

O NAEM pode realizar encaminhamentos para:

- ✓ Defensoria Pública;
- ✓ Ministério Público;
- ✓ Unidade de Saúde de origem, contra referência;
- ✓ Atendimento Psiquiátrico em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial);
- ✓ Atendimento Psicológico;
- ✓ Encaminhamento para OSCs;
- ✓ Articulação com Secretaria de Educação, para garantia de transferência escolar para os filhos de mulheres vítimas de violência;
- ✓ Patrulha Maria da Penha: articulação com a Guarda-civil municipal, para garantir patrulhamento na região circunvizinha a casa da vítima.

ATENDIMENTO EM OUTRO EQUIPAMENTO SOCIAL OU NA UBS

Em caso de ciúmes exagerados e/ou cárcere (o autor da agressão costuma não permitir que a mulher saia das intermediações do bairro) ou impossibilidade da mulher de se deslocar até o NAEM, os profissionais podem ir até o bairro da vítima e realizar o atendimento na Unidade Básica de Saúde próxima a sua casa ou em qualquer outro lugar da comunidade, como igrejas, associação de moradores, escolas, entre outros.

SERAVIG – Serviço de Reeducação do Autor de Violência de Gênero

O autor da agressão também tem direito a atendimento. O SERAVIG (Serviço de Reeducação do Autor de Violência de Gênero) oferece, através de uma equipe composta por assistente social e psicólogo, acompanhamento ao autor da violência. São realizadas:

- ✓ **Orientações em grupo,** com autores intimados pelo judiciário, durante 12 encontros com temáticas pertinentes às questões de violência de gênero.

- ✓ **Acompanhamento sistemático do autor de agressão,** realizado pelo assistente social, para autores que não possuem medidas protetivas e que continuam vivendo com a vítima, encaminhados exclusivamente pelo NAEM.

Atenção Profissional de Saúde!

Ao identificar a situação de violência, o profissional poderá entrar em contato com o NAEM para fazer encaminhamentos por telefone ou passar o caso por e-mail.

Nesse contato, será realizada a discussão do caso e das possíveis ações/condutas desse atendimento, bem como agendamento no NAEM para seguimento da mulher vítima de violência.

NAEM

Telefone: (16) 3603 1199 ou 3636 3311
E-mail: mulher@semas.pmrp.com.br
Endereço: Rua João Arcadepani Filho, 400

SEAVIDAS – Serviço de Atenção à Violência Doméstica e Agressão Sexual do HCFMRP/USP

Vítima de violência sexual

SEAVIDAS – Serviço de Atenção à Violência Doméstica e Agressão Sexual

O SEAVIDAS (Serviço de Atenção à Violência Doméstica e Agressão Sexual) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, foi iniciado em 1999 como GEAVIDAS – Grupo de Estudos de Atenção à Violência Doméstica e Agressão Sexual – através de parcerias com os Departamentos Clínicos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (Cirurgia, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Psiquiatria) e outros parceiros do município (Núcleo de Saúde da Família, Secretaria Municipal da Assistência Social, Coordenadoria da Mulher, Secretaria da Educação), Assistência Jurídica, Delegacia de Defesa da Mulher e Organizações da Sociedade Civil (OSC).

Em 2008, foi reconhecido como serviço. O objetivo principal na sua formação foi estabelecer-se como referência regional no DRS XIII, estando vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. O serviço segue as diretrizes do Ministério da Saúde para a assistência

humanizada às pessoas em situação de violência doméstica ou sexual por meio de atividades de atendimento multidisciplinar de alta complexidade e apoio à rede de assistência à saúde e intersetorial dos 26 municípios que compõem o DRS XIII. Além disso, o serviço realiza atividades de ensino (capacitação de profissionais) e pesquisa, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população em situação de violência.

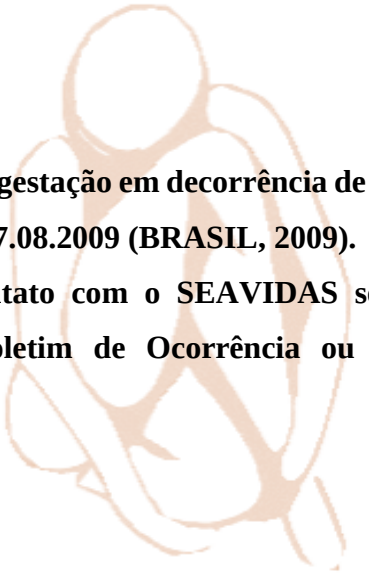
O serviço oferece acompanhamento multidisciplinar (social, psicológico e médico), visando o tratamento das consequências e agravos físicos (lesões, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez em decorrência do estupro) e psicológicos (transtornos no desenvolvimento, prejuízo interpessoal, prejuízo ocupacional, estigma, impactos da violência nas relações familiares, transtornos psiquiátricos) decorrentes de violência.

O SEAVIDAS não tem como competência atividades tipicamente de perícia, voltadas à constatação da prática do ato tipificado como crime, mesmo em situações de violência praticada contra vulneráveis. Sua finalidade consiste do acolhimento às vítimas, na recuperação da condição de saúde física e psíquica de pessoas em situação de violência após atendimento inicial na Unidade de Emergência HCFMRP - USP ou outras unidades de saúde da rede dos municípios do DRS XIII. Os profissionais desse serviço são da área da saúde e capacitados somente para oferecer serviços de assistência, estando as avaliações, exames e laudos periciais a cargo de outros setores especializados.

Competências do SEAVIDAS

ASSISTÊNCIA
✓ Assistência multidisciplinar de alta complexidade (atenção de nível terciário) para os casos de violência; ✓ **Matriciamento**: essa atividade visa oferecer suporte para os serviços que compõem a rede de atenção à saúde do DRS XIII, para atendimento de casos de violência atendidos em outros serviços; ✓ **Discussão de caso em rede:** a equipe do SEAVIDAS realiza discussões de casos, que podem ser atendidos no serviço ou em outras unidades com a rede de assistência à saúde e outros setores – serviço social, rede de proteção à criança e ao adolescente, judiciário.
PESQUISA
✓ Desenvolvimento de produção científica na área de violência.
ENSINO
✓ Capacitação em violência para profissionais da área da saúde, assistência social, da rede de proteção a pessoas em situação de violência, conselhos tutelares, educação e judiciário, designados pelos gestores municipais da saúde que compõem a DRS XIII; ✓ Treinamento em serviço para residentes da área de saúde vinculados ou conveniados com o Hospital das Clínicas da FMRP/USP; ✓ Participação da equipe em cursos e eventos que abordem temas relacionados a violência.

ABORTO LEGAL



Interrupção de gestação em decorrência de violência – previsto na Lei nº 12.015/07.08.2009 (BRASIL, 2009).

Entrar em contato com o SEAVIDAS sem necessidade de Regulação ou Boletim de Ocorrência ou outras formas de encaminhamento.

SEAVIDAS

Telefone: (16) 3610 2282
E-mail: seavidas@hcrp.usp.br
Endereço: Rua Eliseu Guilherme, 892
Novo Endereço a partir do ano de 2019: Rua Sete de Setembro, 1050.

SEAVIDAS

SEAVIDAS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMRP/USP
UNIDADE DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - F M R P - USP

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – *NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA*

Os profissionais de saúde devem preencher a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada a partir da **suspeita ou da confirmação** da situação de violência.

A **Ficha de Notificação** encontra-se disponível no **Anexo I** deste Manual e também no site da Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto: **http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/violencia.pdf**.

> A notificação compulsória é, na realidade, um registro sistemático e organizado feito em formulário próprio, utilizado em casos de conhecimento, suspeita ou comprovação de violência contra a mulher. Não é necessário conhecer o agressor, mas é obrigatório o preenchimento deste documento por parte do profissional de saúde (SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010).

Tal obrigatoriedade é amparada pela Lei Federal n. 10.788, de 24 de novembro de 2003, que institui a notificação compulsória nos casos de violência contra a mulher, ocorrida em qualquer ambiente (BRASIL, 2003).

Este tipo de violência é definido no Artigo 1º da citada Lei como "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado".

Através da notificação compulsória é possível realizar uma análise das formas de violência, dos autores das agressões e de suas proporções. Também é possível o desenvolvimento de ações voltadas

à promoção e prevenção à saúde, à assistência e de avaliação dos resultados dessas ações. Isso, devido à responsabilidade do Estado no combate à violência, independentemente de seu tipo. Através da legislação pode-se tipificar, coibir e punir essas condutas (GONÇALVES, FERREIRA, 2002).

A responsabilidade jurídica do profissional de saúde com relação ao preenchimento da ficha de notificação encontra-se também na Lei Federal nº. 10.788, que preconiza:

"Art. 5º. A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis" (BRASIL, 2003).

Ou seja, além do previsto na parte penal, o profissional de saúde fica sujeito às penas relativas em seus respectivos Códigos de Exercício Profissional.

Contudo, também é importante colocar que qualquer cidadão pode preencher a ficha de notificação de violência (BRASIL, 2014a).

A notificação deverá seguir o fluxograma estabelecido localmente e em conformidade com as normas e rotinas do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), integrando o fluxo necessário de coleta, envio e processamento dos dados, análise e divulgação de informações, conforme **Apêndice I** (BRASIL, 2014b).

A ficha de notificação apresenta os seguintes blocos: dados gerais, notificação individual, dados de residência, dados da pessoa atendida, dados da ocorrência, violência, violência sexual, dados

do(a) provável autor(a) da violência, encaminhamentos (BRASIL, 2016b).

Atentar para os casos de violência sexual e tentativa de suicídio, cuja notificação, além de compulsória deve ser imediata, em até 24h (BRASIL, 2016b).

> 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 (BRASIL, 2014b).

Por que notificar?

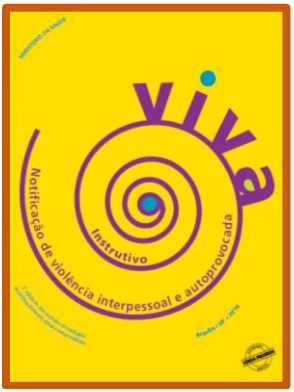
O preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada é um passo muito importante no atendimento, pois se configura em um importante instrumento para se conhecer a real magnitude do evento, tirando-o da invisibilidade do poder público (BRASIL, 2016b).

A partir dessas informações, o Estado (em seus níveis municipal, estadual e federal) terá subsídios para planejar políticas públicas com o objetivo de eliminar a violência contra mulher a partir da realidade local (BRASIL, 2014b).

Quando se dá o primeiro contato da usuária que sofreu violência com um serviço de atendimento à saúde, recomenda-se que o profissional foque no acolhimento e **preencha a ficha naturalmente**

usando-a como uma ferramenta do atendimento (BRASIL, 2016b).

Em caso de dúvida no preenchimento, consultar o Manual do Ministério da Saúde **"***Viva: Instrutivo de Notificação Interpessoal e Autoprovocada"* (BRASIL, 2016b).

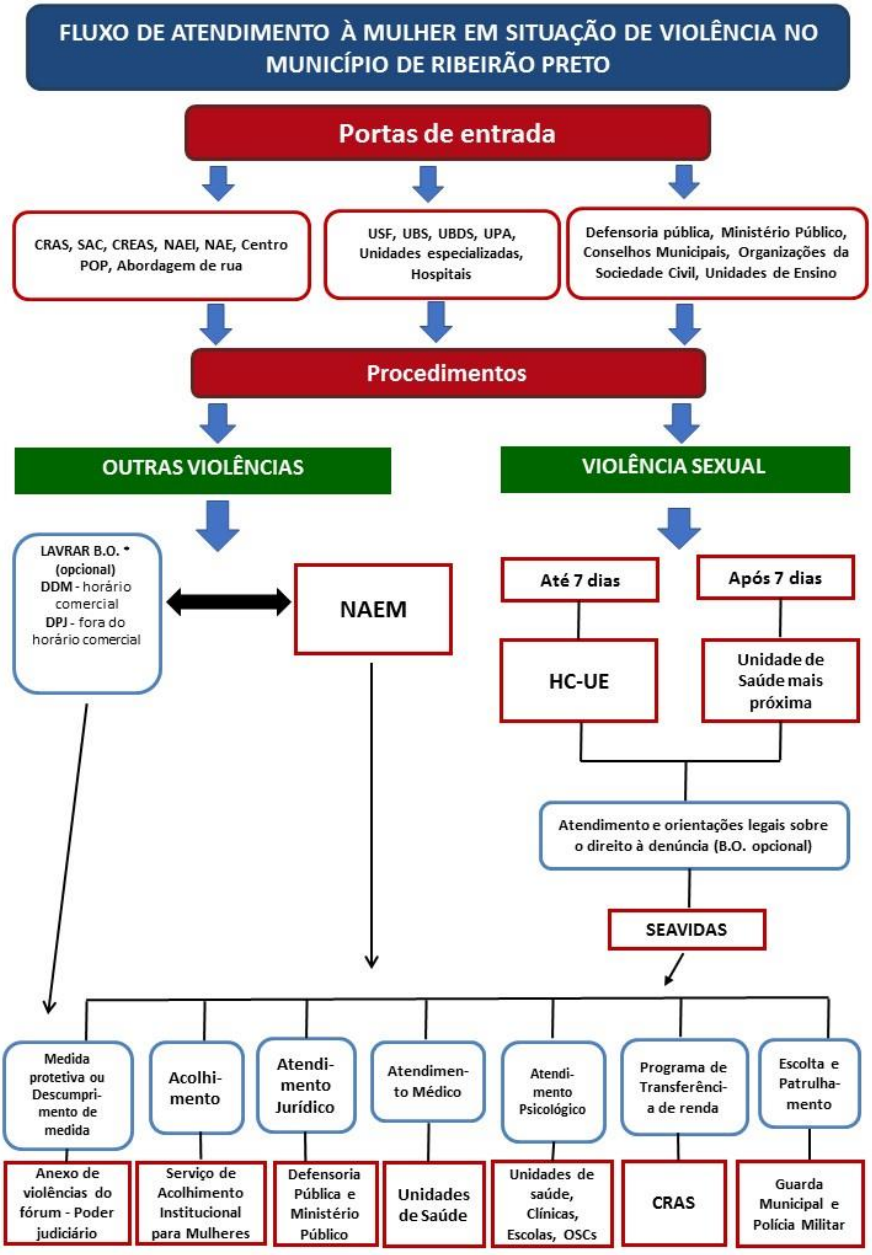


Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada em anexo!

ENTENDENDO O FLUXO DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

É de responsabilidade da equipe de saúde acionar os serviços de referência disponíveis na

rede de atendimento às mulheres em situação de violência de Ribeirão Preto, quando a assistência à mulher vítima de violência extrapolar as competências de seu ponto de atenção.


FLUXO DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO
Portas de entrada
CRAS, SAC, CREAS, NAEI, NAE, Centro POP, Abordagem de rua
USF, UBS, UBDS, UPA, Unidades especializadas, Hospitais
Defensoria pública, Ministério Público, Conselhos Municipais, Organizações da Sociedade Civil, Unidades de Ensino
Procedimentos
OUTRAS VIOLÊNCIAS
VIOLÊNCIA SEXUAL
LAVRAR B.O. * (opcional)
DDM - horário comercial
DPJ - fora do horário comercial
NAEM
Até 7 dias
Após 7 dias
HC-UE
Unidade de Saúde mais próxima
Atendimento e orientações legais sobre o direito à denúncia (B.O. opcional)
SEAVIDAS
Medida protetiva ou Descumprimento de medida
Acolhimento
Atendimento Jurídico
Atendimento Médico
Atendimento Psicológico
Programa de Transferência de renda
Escolta e Patrulhamento
Anexo de violências do fórum - Poder judiciário
Serviço de Acolhimento Institucional para Mulheres
Defensoria Pública e Ministério Público
Unidades de Saúde
Unidades de saúde, Clínicas, Escolas, OSCs
CRAS
Guarda Municipal e Polícia Militar

VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

ATÉ 7 (SETE) DIAS

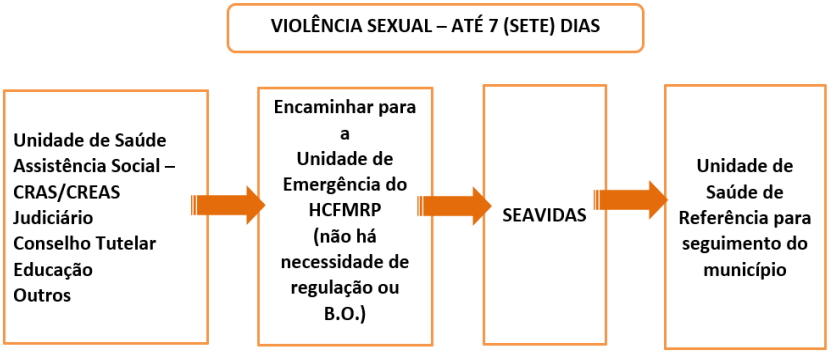
Nos casos de violência sexual aguda ou crônica reagudizada*, ocorrida até 7 dias, a vítima de violência sexual pode recorrer ao acolhimento em diversas **portas de entrada**, como: Unidades de Saúde, Assistência Social (CRAS/CREAS), Jurídica, Conselho Tutelar, Escolas, entre outras.

Essas portas de entrada deverão encaminhar a vítima para atendimento imediato na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas FMRP-USP – sem regulação e sem necessidade do Boletim de Ocorrência – para acolhimento da equipe multidisciplinar, avaliação clínica, contracepção de emergência e adoção de medidas profiláticas contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Em seguida, a vítima será encaminhada pelo HC-UE para o SEAVIDAS, onde receberá o seguimento necessário e, posteriormente, contra referenciada para sua Unidade de Saúde de Referência.

---

* **Violência sexual crônica reagudizada**: são situações de violência sexual crônica em que o último episódio ocorreu há sete dias, necessitando de intervenção semelhante ao caso agudo.



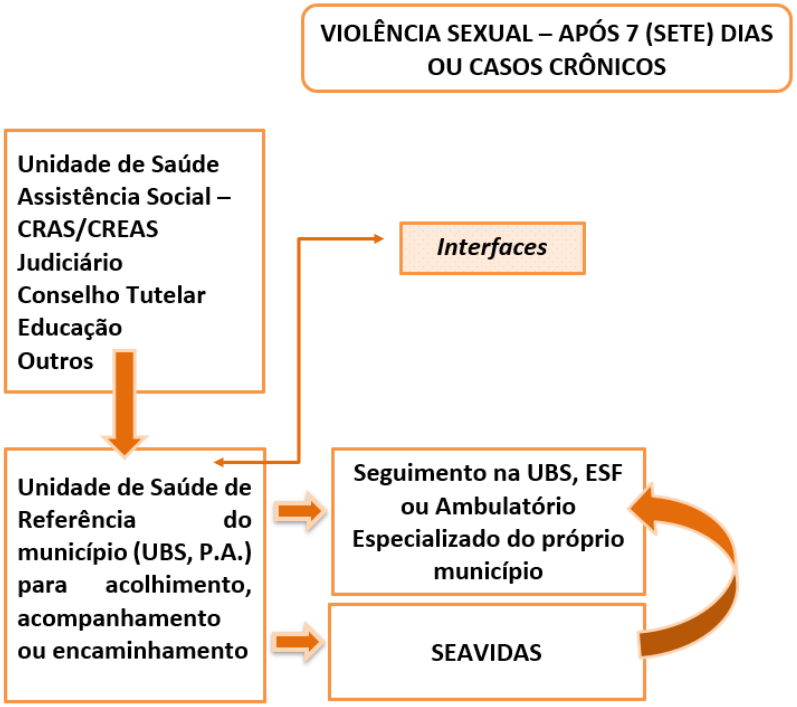
APÓS 7 (SETE) DIAS

Após 7 dias ou casos crônicos de violência sexual, a vítima pode ser acolhida por diversos serviços como: Assistência Social, Jurídica, Conselho Tutelar, Educação, entre outros.

Independentemente do local onde for acolhida, ela deverá ser encaminhada para uma Unidade de Saúde de Referência ou Pronto-Atendimento, de acordo com o fluxo de cada município.

Posteriormente, poderá ser encaminhada através do Sistema de Regulação Médica do Estado (CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde) para os Serviços Especializados do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto/HCRP, onde será atendida em suas especificidades e poderá continuar o seguimento no SEAVIDAS – conforme o Protocolo de Atendimento pactuado junto ao DRS XIII.

Os casos que não se enquadram no Protocolo pactuado (ou seja, aqueles que não são de alta complexidade) poderão ser referenciados para os seguintes serviços: NAEM, CREAS, Delegacia da Mulher ou ainda para outra Unidade de Saúde mais próxima da residência do paciente.



VÍTIMA DE OUTRAS VIOLÊNCIAS

No município existem várias portas de entrada para as mulheres em situação de violência, conforme vemos no fluxograma já apresentado.

A mulher deve ser orientada ao seu direito de realizar (ou não) o Boletim de Ocorrência, que pode ser lavrado na Delegacia da Mulher (DDM), em horário comercial, e no Departamento de Polícia Jurídica (DPJ), fora do horário comercial, aberto 24h (as informações sobre os endereços encontram-se na página seguinte).

Deve ser realizado o encaminhamento da mulher para o NAEM – Núcleo de Atendimento Especializado à Mulher, onde será acolhida e receberá as principais informações sobre seus direitos.

O NAEM, por sua vez, poderá encaminhá-la para atendimento jurídico, psicológico, programas de transferência de renda, serviço de acionamento de medida protetiva, entre outros. Vale ressaltar que a medida protetiva também pode ser solicitada através da DDM e da DPJ.

OS SERVIÇOS

Assistência Social

SERVIÇO	ENDEREÇO/TELEFONE
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social	**Central e Sudeste, CRAS – 1** Rua Marcondes Salgado, 253 Centro **Telefone**: 3610 6495 Responsável: Dálgima Borges de Assis **Bonfim Paulista, CRAS – 1.1** Atendendo na Rua Marcondes Salgado, 253 Centro **Telefone**: 3610 6495 **Responsável**: Dálgima Borges de Assis **Norte, CRAS – 2** Rua Virgílio Antonio Simionato, 315 Bairro Avelino Alves Palma **Telefone:** 3974-8005 **Responsável:** Regina Márcia Alves de Castro **Noroeste, CRAS – 3** Rua Rio Grande do Norte 637 Bairro Ipiranga **Telefone:** 3966-7280 **Responsável:** Renata Oliveira Fábio **Oeste, CRAS – 4** Rua José Antonio Bernardes, 1055 Bairro Paulo Gomes Romeo **Telefone**: 3975-3418 **Responsável**: Ursulina Caramori Guerra Pinheiro **Sudoeste, CRAS – 5** Avenida Alfredo Condeixa, 950 Jardim Marchesi **Telefone**: 3964 0819 **Responsável:** Carolina Ferrari Moretto **CRAS 6 – Região Norte** Rua Benedicto Jacinto de Souza, 330

	Bairro Florestan Fernandes **Telefone:** 3630-2385 **Responsável:** Renata Lima Ignácio dos Santos D'Avila
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social	**CREAS I** Rua Augusto Severo, 819 Casa 1 Vila Tibério **Telefone**: 3611-6000 - Ramal- 6035 **Coordenadora:** Suzana dos Santos Gonçalves Souza **CREAS II** Rua Leonor Domiciano Guimarães, 201 Bairro Geraldo Correia de Carvalho **Telefone:** 3617-7211 e 3624-2388 **Coordenadora:** Ivana Cristina Moretti **CREAS III** Rua Egídio Bacala, 165 Jardim das Palmeiras II **Telefone:** 3965-3974 e 3965-4077 **Coordenadora:** Maria Élide de Conti Travain
CENTRO POP - Centro de Referência Especializado para atendimento à população em situação de rua	Rua Casa Branca, 1655 Vila Brasil **Telefone:** 3636-8806 **Coordenador:** Eduardo Barbosa dos Santos
NAEM – Núcleo de Atendimento Especializado a Mulher	Rua João Arcadepani Filho, 400 Nova Ribeirânia **Telefone**: 3636-3311 e 3603-1199 **Responsável**: Laura Aguiar de Lima
Núcleo de Enfrentamento à Violência Contra a Pessoa Idosa da Alta Mogiana	Avenida da Saudade, 1577 Bairro Campos Elíseos **Telefone:** 3961-3300

Jurídico

SERVIÇO	ENDEREÇO/TELEFONE
DDM – Delegacia de Defesa da Mulher	Av. Costábile Romano, 3230 Nova Ribeirânia **Telefone:** 3610-4499
DPJ – Delegacia da Polícia Judiciária	Rua Duque de Caxias, 1048 Centro **Telefone:** 3610-177
Defensoria Pública	Rua Alice Além Saadi, 1256 Nova Ribeirânia **Telefone:** 3965-4151
Ministério Público	Rua Otto Benz, 1070 Nova Ribeirânia **Telefone:** 3456-3800
Guarda Civil Municipal	Rua Lafaiete, 1676 Centro, Ribeirão Preto **Telefone:** 153 ou 3632-4747

Hospital de referência para atendimento às vítimas de violência sexual

SERVIÇO	ENDEREÇO/TELEFONE
HC/UE – Hospital das Clínicas/ Unidade de Urgência e Emergência	Rua Bernardino de Campus, 1000 Centro **Telefone:** 3602-1134 e 3602-1143
SEAVIDAS – Serviço de Atenção à Violência Doméstica e Agressão Sexual	Rua Eliseu Guilherme, 892 **Novo endereço a partir de 2019:** Rua Sete de Setembro, 1050. **Telefone:** (16) 3610-2282

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de atendimento às mulheres em situação de violência.** Belo Horizonte, 2015. p. 24.

BRASIL. Casa Civil Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 24 out 2009. Seção 2, p. 46.

_____. Casa Civil. Lei nº 12.737, de 30 de novembro de 2012. Dispõe sobre a tipificação criminal de delitos informáticos; altera o Decreto-Lei n o 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 de novembro de 2012.

_____. Casa Civil. Lei nº 10.788, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos e privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Seção 1, p. 25.

_____. Casa Civil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2010. Seção 1, p. 11.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 49.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos de Atenção Básica** – saúde da mulher. 1.ed. Parte 07, p. 213-230, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 mar. 2014a. Seção 1, p. 51.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 1. ed. Brasília, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática do serviço.** 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 97 p. (Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres. **Enfrentando a violência contra a mulher:** Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários(as). Bárbara M. Soares. Brasília, 2005.

GONCALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, fev. 2002.

KRUG, E. G. et al., eds. **World report on violence and health.** Geneva, World Health Organization, 2002. p.8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Violência contra a mulher:** estratégia e plano de ação para o esforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher. Organização Pan-americana de saúde, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Genebra: OMS, 2002.

SAFFIOTI, H. I. B. **Violência contra a mulher e violência doméstica.** In: BRUSCHINI, C.; UNBERHAUM, S. G. (Org.). Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002. p. 321-338.

SANTINON, E. P.; GUALDA D. M. R; SILVA, L. C. F. P. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. **Revista Âmbito Jurídico**, 2010.

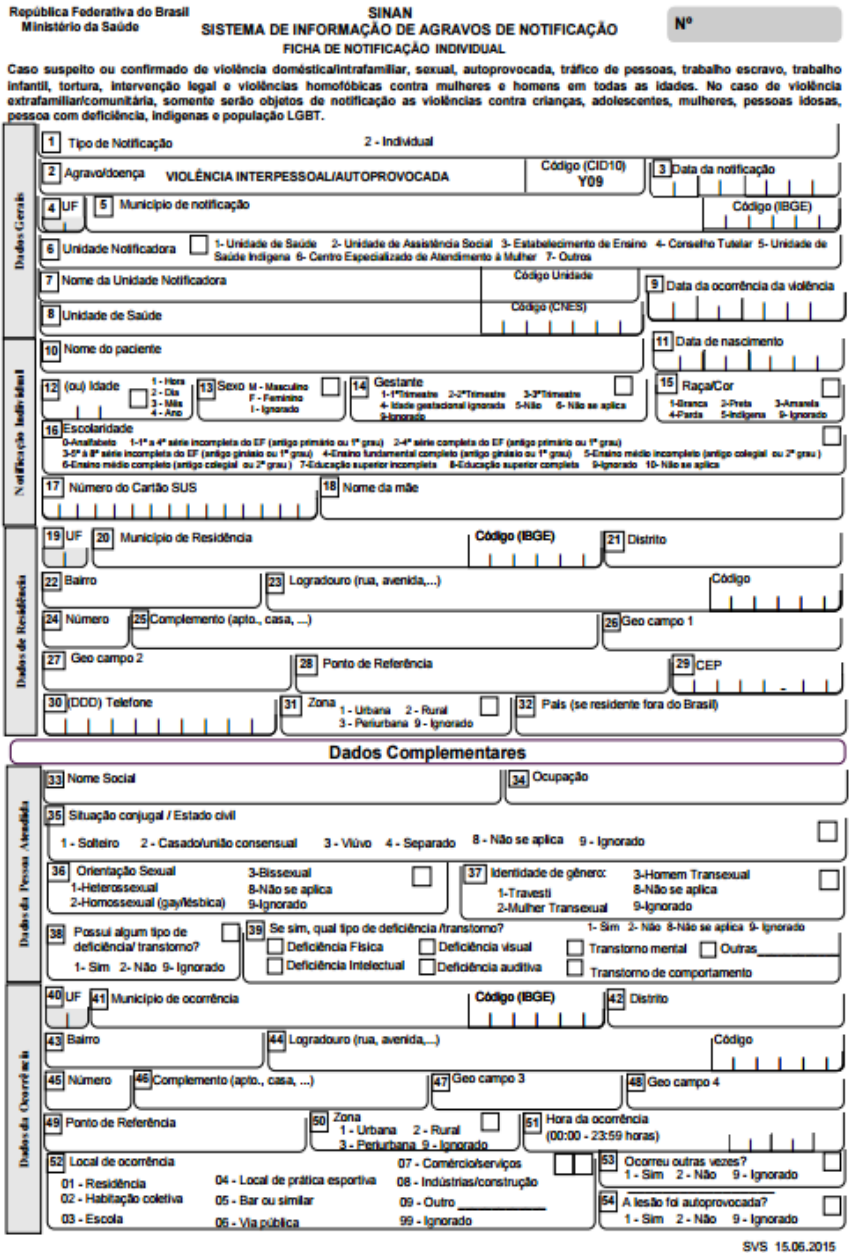
SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-342, 2016.

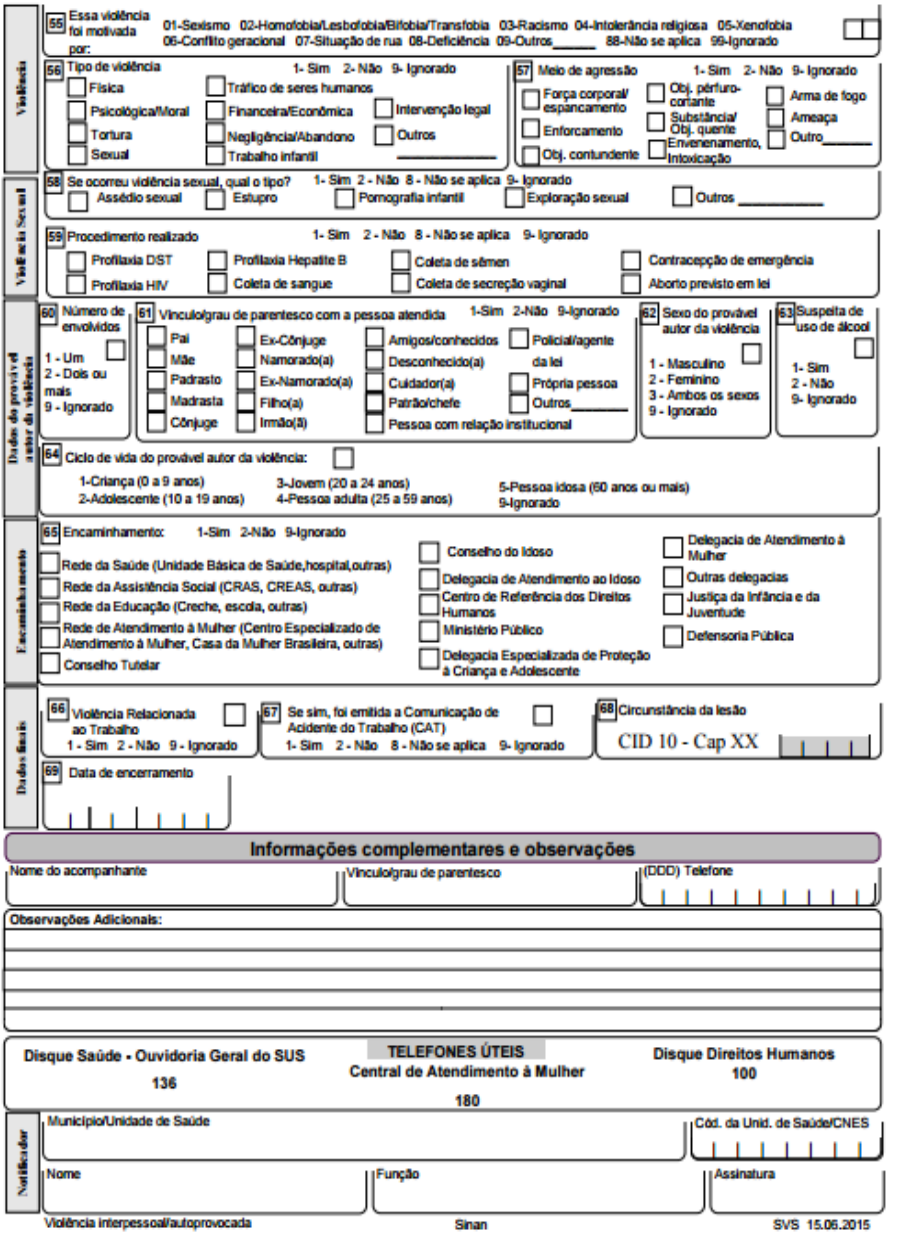
TONELI, M.J.F. **Sexualidade, gênero e gerações: continuando o debate.** In: JACÓ-VILELA, A.M.; SATO, L. Diálogos em psicologia social [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 147-167. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000182&amp.

WALKER, L. **The Battered Woman**. New York, NY: Harper and Row, 1979.

ANEXO I

Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada

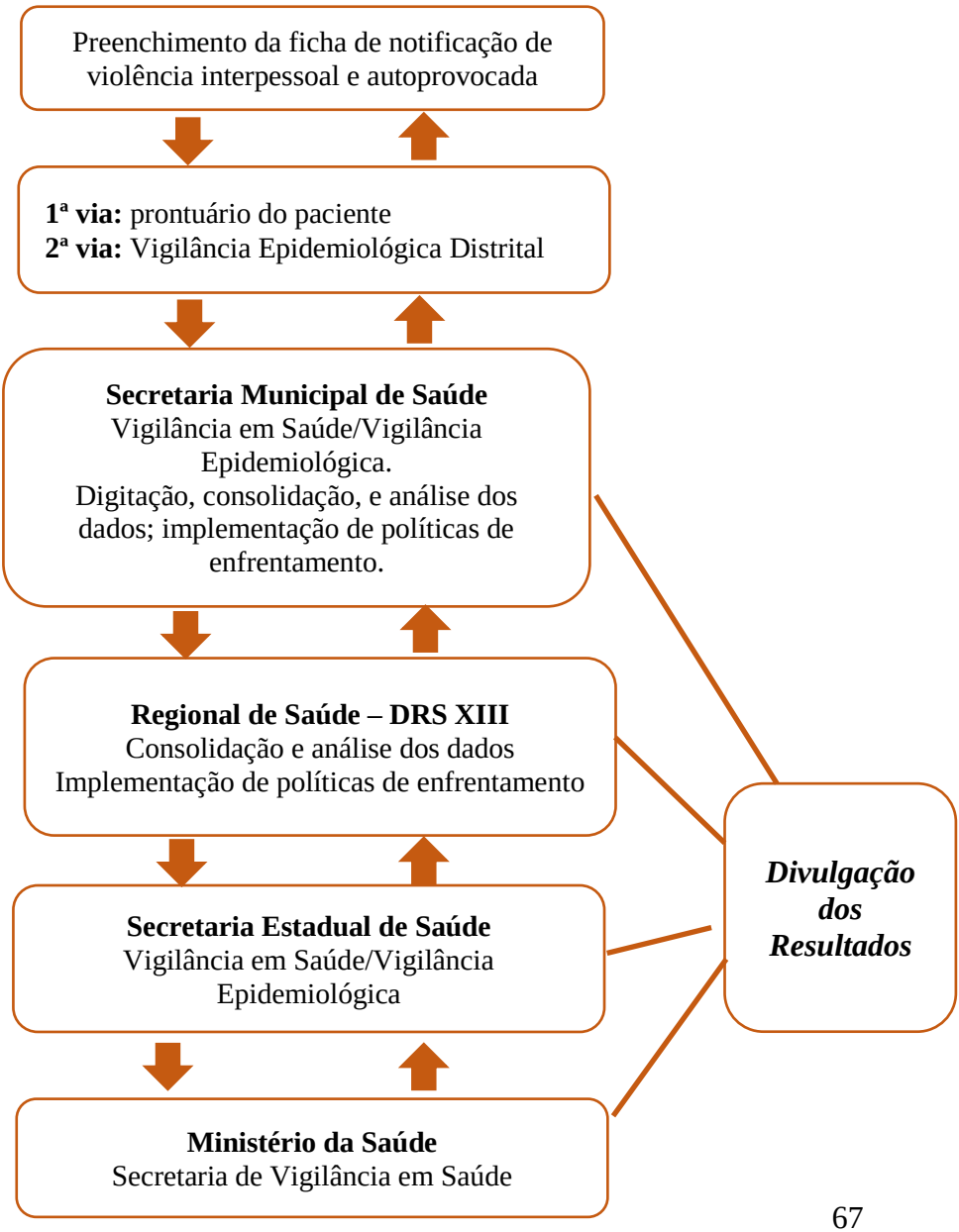




(BRASIL, 2016b)

APÊNDICE I

Fluxo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada
Componente contínuo da vigilância de violências



(BRASIL, 2014b)