



CADERNO DE APOIO

Atenção à Saúde da Pessoa em Situação de Violência

ATENÇÃO BÁSICA
ÁREA TÉCNICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA



Ministério da
Saúde



FERNANDO HADDAD

Prefeito do Município de São Paulo

ALEXANDRE PADILHA

Secretaria Municipal da Saúde

MARIANA NEUBERN DE SOUZA ALMEIDA

Chefe de Gabinete

REJANE CALIXTO GONÇALVES

Coordenação da Atenção Básica

ANA LÚCIA PEREIRA

Escola Municipal de Saúde

CHRISTIANE MERY COSTA

Divisão de Educação - EMS

Coordenação do Projeto Rede Sampa**Saúde Mental Paulista**

Christiane Mery Costa

Teresa Cristina Endo

Equipe Técnica Responsável - Atenção Básica

Cassia Liberato

Jonas Melman

Elaine Aparecida Lorenzato

Rodrigo Moreira de Sá

Equipe Técnica Responsável - Escola Municipal de Saúde

Christiane Mery Costa

Carmen Tereza Gonçalves Trautwein

Claudia Regina G. de Moraes e Abreu

Núcleo de Documentação - EMS

Marine Fumiyo Otake Arakaki

Núcleo Escolar

Rosangela Lopes Gonçalves

Angela Maria Alberton

Núcleo de Comunicação e TV Corporativa - EMS

Nilciany Camargo

Sandra Aparecida dos Santos Stahlhauer

Waleska Pereira Rodrigues

Antonio Carlos da Cruz Zacarias

Viviane Fernandes - Ilustrações e Projeto Gráfico

Lidiane Teixeira Leite - Ilustrações e Projeto Gráfico

Ficha Catalográfica:

S241c São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde.

Caderno de apoio: atenção à saúde da pessoa em situação de violência./
Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Atenção
Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência; Escola Municipal de Saúde. -
São Paulo: SMS, 2016.

52p.

1. Saúde Pública. 2. Saúde Mental. 3. Violência. I. Coordenação da Atenção
Básica. II. Escola Municipal da Saúde. III. Título.

CDU 614:241.12

Secretaria Municipal de Saúde

Rua General Jardim, nº 36

São Paulo - SP / CEP: 01223-906

Tel: PABX (11) 3372-0000

www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude

Escola Municipal de Saúde - EMS

Rua Gomes de Carvalho, 250 - Vila Olímpia

São Paulo - SP / Cep: 04547-001

Fone/Fax: (11) 3846-4569

www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/ems



facebook.com/EscolaMunicipalDeSaude



twitter.com/EscolaMunSaude



slideshare.net/escolamunicipaldesaude



ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br

SUMÁRIO

Apresentação.....	05
Introdução.....	07
Saúde Mental e Violência.....	09
Leis e Portarias.....	13
Política Municipal da Saúde.....	17
A Construção de um Espaço de Cuidado.....	21
Modalidades de Violência.....	27
Sintomas e Sinais de Violência.....	35
Organização da Rede de Cuidado e Constituição dos Núcleos de Prevenção de Violência - NPV.....	43
Bibliografia.....	49

APRESENTAÇÃO

A violência é um fenômeno complexo, socialmente construído ao longo da história, que atinge a humanidade como um todo. Toda violência fere a dignidade humana e expressa uma relação de dominação do mais forte em relação ao mais frágil. As diferentes formas de violência atingem pessoas de todas as idades, classes sociais, raças e escolaridade. No entanto, o seu impacto é desigual entre diferentes segmentos da população. A vulnerabilidade das crianças, das mulheres, dos idosos, dos pobres, dos doentes mentais, dos deficientes e dos negros é maior. A violência é um problema mais frequente e mais grave nos grupos vulneráveis.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) identifica a violência como um grave problema de saúde pública em todo mundo.

O perfil epidemiológico das diferentes modalidades de violência exige a implantação de políticas consistentes pelo setor da saúde. Nos últimos vinte anos, a saúde pública tem

assumido de maneira mais efetiva a necessidade de organização de um conjunto articulado de estratégias e de projetos de enfrentamento para o problema. Torna-se fundamental investir na formação dos profissionais para lidar com a complexidade do fenômeno, bem como se mostra valioso reforçar iniciativas de prevenção da violência e disseminação da cultura de paz.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por intermédio da Coordenação da Atenção Básica e da Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência tem desenvolvido um conjunto de políticas para minimizar o impacto das diversas formas de violência sobre os cidadãos.

Este caderno busca contribuir para a formação dos profissionais dentro de uma concepção ampliada de saúde, onde a partir da compreensão de cada caso se estabeleça projetos singulares para o cuidado das pessoas e de seus familiares. O seu conteúdo procura sensibilizar e dar informações gerais para orientar a conduta dos profissionais.

Casos de violência ainda podem passar despercebidos pelos serviços de saúde. Esse caderno procurou ressaltar a importância da identificação dos diversos tipos de violência por meio de sinais e sintomas mais constantes. Ele também apresenta resumidamente um conjunto de tecnologias de intervenção que podem ser úteis para a elaboração dos projetos terapêuticos bem como contribuir para o empoderamento das pessoas em situação de violência.

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

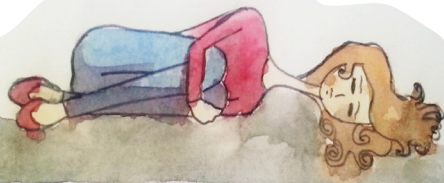
INTRODUÇÃO

A violência é um tema que vem ocupando a agenda de diferentes setores no Brasil e no Mundo, dada a magnitude do problema. Dentro do âmbito da saúde, este fenômeno gera forte impacto na qualidade de vida do indivíduo e da comunidade. Demanda uma série de ações específicas de cuidado, que geram alto custos para o setor.

Reduzir a morbimortalidade pelas formas mais recorrentes de violência constitui um desafio para o campo da saúde, que tem se mostrado, nos últimos anos, mais sensível para a necessidade de formular políticas adequadas para fazer frente ao problema.

Há mais de uma década, a OMS colocou em pauta de prioridades a preocupação com impacto da violência. Em 1993, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) recomendou aos países membros que incluíssem o tema em suas agendas.

No ano de 2002, a OMS publicou o “Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde” que



representou uma importante reflexão sobre o papel do setor para superação do problema, revelando que todos os anos mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões fatais por causas violentas.

Vivemos numa sociedade que legitima a violência como um instrumento para solução de conflitos. A forte presença da violência no cotidiano afeta a vida de todos os cidadãos. Os profissionais de saúde também estão mergulhados nesse caldo cultural e acabam expostos aos efeitos desse problema. Igualmente, observamos que a violência está presente nas relações interpessoais no interior das instituições de saúde. Todo ser humano pode ser vítima ou agente produtor de diferentes modalidades de abuso e agressão. Em geral o profissional tende a olhar o sujeito envolvido numa situação de violência de forma fragmentada, utilizando o modelo médico ou psicológico específicos (Campos, 2003). Porém por ser um fenômeno multicausal e socialmente construído (Minayo, 2005) exige uma visão ampliada e diferentes tecnologias de intervenção.

SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

O campo da saúde mental tem grandes contribuições no esforço de compreender a complexidade do fenômeno da violência. Além disso, a oferta de cuidado em saúde mental apresenta um conjunto de dispositivos e tecnologias capazes de produzir mudanças significativas na forma de agir e de se relacionar.

Todas as formas de violência produzem de alguma maneira sofrimento mental. Esse sofrimento pode ser intenso e bloqueador das possibilidades existenciais de pessoas ou de grupos.

Durante o processo de desenvolvimento, o ser humano tem que lidar com diferentes desafios e situações estressoras. Porém quando estes eventos se tornam cumulativos ao longo da vida ou quando ganham um caráter traumático há a chance de desencadeamento de transtornos mentais mais graves. Neste sentido, as vivências repetidas de violência contribuem para o aparecimento de transtornos psíquicos dos mais variados tipos. Quadros de ansiedade,

pânico, fobias, depressão, distúrbios do sono, surtos psicóticos, podem se manifestarem nas pessoas que vivem situações de violência.

A violência tende a comprometer o sentimento de segurança, especialmente em crianças e adolescentes, prejudicando o seu desenvolvimento psicossocial. Vivências de negligência, abuso e falta de afeto, aumentam a probabilidade de comportamentos futuros na adolescência e na idade adulta de violência, delinquência e de uso abusivo de drogas.

As pessoas que sofrem violência na infância, muitas vezes, buscam inconscientemente reviver situações de vida semelhantes ao passado, reproduzindo os modelos internalizados. Esse padrão pode se perpetuar por diferentes gerações. Uma criança abusada também pode adotar um comportamento agressor na vida adulta, particularmente em relacionamentos onde se encontram em uma posição de mais poder.

As dinâmicas dos casos que envolvem a violência são complexas e fortemente ligadas às histórias de vida. Os eventos traumáticos, frequentemente estão bloqueados, inconscientes. O manejo desses casos é difícil e convida à um esforço de compreensão dessa complexidade. Os profissionais da saúde em geral, em especial aqueles que operam na saúde mental, são fundamentais para o cuidado, buscando os recursos para organizar os projetos terapêuticos.



Igualmente vale lembrar que uma pessoa que apresenta um quadro de crise, descompensação psíquica, ou transtorno mental deve ser vista em seu entorno familiar e social, frequentemente geradores de tensão, exigências, pressão, violência, que podem culminar em manifestações de crise no indivíduo, ou seja, deve-se ampliar a compreensão do sofrimento psíquico e evitar focalizar no indivíduo ou na patologia a causa de seu comportamento.

A associação entre transtornos mentais e violência é particularmente forte quando se trata dos dependentes de álcool e outras drogas, o que deve ser problematizado nas ações de prevenção, ultrapassando a visão preconceituosa e marcada por julgamento de valor e moral nas formas de lidar com os indivíduos que se encontram à margem da sociedade. Tanto as situações de violência como as doenças mentais podem mobilizar nos profissionais defesas e resistências, sendo evidente a necessidade de se criar espaços de reflexão e de capacitação para estes profissionais. Os espaços de capacitação e de discussão de casos são fundamentais, e devem estimular o envolvimento de todos, bem como oferecer tecnologias para qualificar suas ações.

Lidar com a violência faz parte do trabalho cotidiano dos profissionais da Atenção Básica e do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. Ampliar as habilidades e os recursos para desativar os eventos violentos representa um salto de qualidade no cuidado de qualquer serviço que atenda às questões de saúde mental.

A qualidade do cuidado está intrinsecamente ligada à qualidade



da escuta do profissional. Uma escuta qualificada procura evitar julgamentos morais, críticas e acolhe o indivíduo em seu sofrimento. Os pacientes precisam de apoio e de espaço para lidar com a sua dor e buscar saídas gratificantes para reestruturar suas vidas. É muito importante valorizar a potência do indivíduo na sua capacidade de reformular seu projeto de vida.

LEIS E PORTARIAS

No Brasil, vale destacar um conjunto de leis e portarias para o enfrentamento deste problema no âmbito das três esferas de governo (federal, estadual e municipal):

Dentre elas, destacamos:

- Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001 – cria a Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências;
- Lei nº 13.150, de 20 de junho de 2001 – introduz o quesito “violência de gênero” no Sistema Municipal de Informações em Saúde;
- Portaria MS/GM nº 1.968 de 25 de outubro de 2001 – dispõe sobre a notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS);

- Lei nº 13.642, de 8 de setembro de 2003 – dispõe sobre notificação dos casos de violência contra idosos;
- Lei Municipal nº 13.671, de 26 de novembro de 2003 – dispõe sobre a criação do Programa de Informações sobre Vítimas de Violência no Município de São Paulo;
- Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 – estabelece a Notificação Compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidas em serviços de saúde públicos ou privados;
- Decreto nº 44.330, publicado em 5 de fevereiro de 2004 – regulamenta a Lei Nº 13.642, de 8 de setembro de 2003, e dispõe sobre notificação dos casos de violência contra idosos;
- Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio de 2004 – cria a Rede Nacional de Prevenção e Promoção da Saúde;
- Portaria MS/GM nº 2.406 de 5 de novembro de 2004 – institui o serviço de Notificação Compulsória de violência contra a mulher;
- Decreto nº 45.771, publicado em 15 de março de 2005 – regulamenta a Lei Nº 13.150, de 20 de junho de 2001, e introduz o quesito “violência de gênero” no Sistema Municipal de Informações em Saúde;
- Lei Municipal nº 14.247, de 8 de dezembro de 2006 – dispõe sobre o Programa Municipal de Conscientização e Combate à Violência contra Crianças e Adolescentes;

- Decreto nº 48.421, publicado em 6 de junho de 2007 – regulamenta Lei Nº 13.671, de 26 de novembro de 2003, e dispõe sobre a criação do Programa de Informações sobre Vítimas de Violência no Município de São Paulo;
- Portaria nº 1.328/2007 da SMS – dispõe sobre a implantação do “Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes – SIVVA” no Município de São Paulo;
- Portaria MS/GM 2472/2010 de agosto de 2010 – estabelece que a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências deixam de ser notificadas apenas nas unidades sentinelas, para ser notificadas por toda a rede de saúde;
- Lei Municipal nº 15.203 de 18 de junho de 2010 – estabelece diretrizes para Política Municipal de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência;
- Portaria MS/GM nº 104 de 25 de janeiro de 2011 apresenta a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e destaca a importância da notificação de qualquer suspeita ou confirmação de violência no SINAN.
- Decreto Presidencial nº 7.958 em 13 de março de 2013 que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual, pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- Lei Presidencial nº 12.845 de 1º de agosto de 2013 dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Portaria MS/GM nº 485 de 1º de abril de 2014 que redefine o funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.

- Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014 que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Com relação ao agravo da violência, trata da notificação compulsória imediata (NCI) em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da ocorrência ou suspeita inicial de casos de violência sexual e tentativa de suicídio e notificação compulsória semanal (NCS) dos casos de violência doméstica e/ou outras violências;
- Portaria nº 1102/2015 de SMS.G que estabelece a notificação compulsória dos casos de violência e de acidentes nos serviços públicos e privados no Município de São Paulo;
- Portaria Interministerial nº 288 de 25 de março de 2015 que estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.
- Portaria nº 1.300/2015 de SMS.G – Institui os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo;
- Portaria MS/GM nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 que define a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional.

POLÍTICA MUNICIPAL DA SAÚDE

A construção de políticas para a superação da violência é um tema transversal no campo da saúde pública. Sendo necessário um esforço de articulação entre os diversos pontos de atenção em saúde, com a contribuição das diferentes áreas técnicas envolvidas. Ao mesmo tempo, a compreensão da complexidade do fenômeno exige uma abordagem intersetorial e interdisciplinar para formulação de políticas públicas integradas. Portanto, é preciso reforçar o trabalho em rede entre as Secretarias de Governo e a sociedade civil organizada. A potência das políticas a serem formuladas depende da capacidade de integração de recursos humanos e materiais. Neste sentido a formulação e consolidação de uma rede integrada de cuidado as pessoas em situação de violência é uma das



iniciativas prioritárias da SMS, e tem como finalidade o atendimento das vítimas e ofensores que chegam aos estabelecimentos de saúde.

Buscando avançar nas políticas já desenvolvidas para o enfrentamento da violência em SMS, no ano de 2015 foi formulada a Linha de Cuidado Integral à Saúde da Pessoa em situação de violência (LC)¹. Este documento foi elaborado através de um processo participativo, o qual envolveu os trabalhadores do Sistema Único de Saúde – SUS, nos diferentes pontos de Atenção à Saúde da SMS, incluindo os representantes das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), Áreas Técnicas, Atenção Básica, Autarquia Hospitalar Municipal (AHM), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), entre outros. Além disto, o documento ficou disponível para sugestões de outros setores governamentais e sociedade civil, através de consulta pública.

A Linha de Cuidados representa uma estratégia de ação que busca fortalecer a atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência de forma ininterrupta e resolutiva. Em geral, o cuidado no contexto da saúde deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear as relações entre o paciente e o profissional de saúde.

A construção de uma linha de cuidado no campo da violência possibilita organizar os

¹ São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo. São Paulo, SP; 2015. Disponível em [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia\(1\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia(1).pdf)

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

A CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO DE CUIDADO

Pessoas que estão expostas cotidianamente aos eventos violentos podem se tornar tristes, com tendência para apresentar baixa autoestima, com altos níveis de frustração e desconfiança. Pessoas em situação de violência precisam de apoio para elaborar e superar seus medos, para curar suas feridas. Entretanto, nem sempre encontram a ajuda que precisa. São muitas as dificuldades para encontrar um espaço adequado de cuidado.

É relativamente recente a presença de investimentos públicos na criação de serviços e de equipes para cuidar dessa população vulnerável. Felizmente, na última década aumentaram os investimentos nessa direção.

Os profissionais de saúde que se responsabilizam por esta tarefa devem colocar todos os recursos e tecnologias na direção de auxiliar essas pessoas a sair da situação de violência, resgatando direitos e contribuindo para a elaboração de um projeto de vida mais feliz.

Os cuidadores, em sintonia com uma visão ampliada de saúde, devem realizar um diagnóstico de cada situação em todas as dimensões envolvidas. A partir dessa compreensão de cada sujeito, é preciso elaborar um projeto de intervenção que leve em conta as necessidades da pessoa e de sua família. Os profissionais precisam acompanhar e apoiar o caminhar dos usuários para ajudá-los na superação dos desafios. Eles devem ajudar o indivíduo e seus familiares a descobrirem recursos e talentos adormecidos. Devem possibilitar trocas de experiências, ampliar horizontes existenciais e criar soluções inovadoras para os velhos problemas.

O campo do cuidado às pessoas em situação de violência pode abrir uma porta para a experimentação de diferentes tecnologias que possibilitam ações para a expansão da vida, da pesquisa de novos territórios existenciais. Cada projeto terapêutico é uma oportunidade para multiplicar os encontros genuínos, aqueles que são capazes de gerar mudanças nas pessoas envolvidas e inventar novas modalidades de relação.

Os princípios da não-violência contribuem para construir-inventar vínculos nos quais as pessoas que precisam de ajuda, que sofrem no corpo ou na mente, possam encontrar apoio para modificar suas vidas.

Relações de cuidado são capazes de mobilizar os recursos internos e externos necessários para gerar uma transformação. Não é possível estabelecer uma relação de cuidado saudável num ambiente permeado pela violência. A violência de qualquer tipo viola a dignidade humana. Não existe cuidado sem respeito à dignidade de tudo que é vivo. Violências de toda espécie geram dor e sofrimento. As feridas necessitam de cuidados para cicatrizar.

O diálogo e a escuta empática auxiliam no processo de construir relações dignas e

respeitosas. No campo do diálogo, é possível trocas mais autênticas que estimulem a aceitação da alteridade e da diversidade. A palavra nos humaniza. O ouvir para compreender a realidade do outro cria as condições para expandir a empatia.

A mediação dos conflitos é a ferramenta da negociação dos interesses. É na ligação com o outro que percebemos com mais exatidão nossos sentimentos e necessidades. Precisamos do outro para descobrir a nós mesmos. Nesse sentido, o cuidado pode ser entendido como um intercâmbio que se dá por meio de uma rede de conversações.

Nessa perspectiva, vale lembrar a importância das tecnologias de cultura de paz que possibilitam a abertura para o diálogo. Os processos de interação dialógicos permitem contemplar as necessidades de todas as partes envolvidas na negociação. Entre as chamadas tecnologias de cultura de paz podemos citar a comunicação não-violenta, os círculos restaurativos, a mediação de conflito, os jogos cooperativos, as diferentes técnicas de relaxamento e de meditação.

Embora essas tecnologias sejam aplicadas de diferentes maneiras, todas podem contribuir para criar condições mais favoráveis para lidar com os conflitos de maneira mais saudável e pacífica, além favorecer mudanças na percepção e nas atitudes.

Comunicação Não-Violenta (CNV)²

A comunicação não violenta (CNV), também conhecida como Comunicação Empática, é uma metodologia de comunicação que estimula a escuta empática como estratégia para facilitar a harmonização entre as diferentes necessidades dos indivíduos envolvidos numa interação.

Em geral, pessoas e grupos em situação de conflito estabelecem um padrão de interação competitivo que se baseia numa disputa, onde cada uma das partes procura defender seus interesses, procurando mostrar os erros e as fragilidades do oponente.


A CNV, desenvolvida pelo psicólogo norte americano Marshall Rosenberg, propõe uma mudança de atitude e de foco. No lugar de críticas e julgamentos, a procura da satisfação das necessidades de todos os envolvidos.

A formação de um espaço de diálogo e escuta empática é estimulado pela utilização dos princípios da CNV. Esses princípios equivalem a aprender uma nova linguagem que nos permita construir uma relação de confiança com o próximo. Uma linguagem que aumente a disposição de cooperar e apoiar o desenvolvimento do outro.


Grande parte dos problemas nos relacionamentos interpessoais está ligado às dificuldades e ruídos na comunicação. A CNV reformula a maneira como nos expressamos e ouvimos o outro, principalmente em situações de conflito. Vai substituindo os padrões de defesa, fazendo com que as resistências, posturas defensivas e as reações violentas sejam minimizadas.

2 Nota: este material foi extraído do livro “Comunicação Não Violenta” de 2003 – autor Marsall I Rosenberg.

Sinteticamente, o processo envolve quatro passos essenciais que são:

 1º Observar sem avaliar ou julgar:


Devemos diferenciar a observação dos processos de avaliação e julgamento. As críticas não favorecem uma interação empática

 2º Identificar e expressar sentimentos:

Devemos assumir a responsabilidade de nossos sentimentos a respeito daquilo que observamos. É importante diferenciar sentimentos de pensamentos. A expressão dos próprios sentimentos facilita a criação de uma comunicação não-violenta.

 3º Identificar necessidades:

As necessidades não atendidas geram sofrimento e frustração. É fundamental identificar e expressar as necessidades envolvidas. Se não valorizamos e expressamos nossas necessidades como poderemos tê-las atendidas?

 4º Fazer um pedido:

Elaborar um pedido de forma clara e objetiva facilita e enriquece a construção de relações mais saudáveis. Para realizar o pedido devemos usar uma linguagem afirmativa que envolve ações concretas. Devemos diferenciar o ato de pedir do ato de exigir.

MODALIDADES DE VIOLÊNCIA

Violência contra criança e adolescente

É qualquer conduta – ação ou omissão, agressão ou coerção – ocasionada pelo fato de a vítima ser criança ou adolescente, e que cause dano, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico ou social.

Os maus-tratos sofridos na infância e adolescência podem afetar gravemente o desenvolvimento de uma pessoa porque acontecem num período de grande vulnerabilidade. Eles são praticados, em sua maioria, no âmbito intrafamiliar e geralmente são encobertos pelo silêncio. A intimidade das famílias protege os agressores e dificulta a atuação preventiva e a identificação das vítimas. Os casos de violência podem se perpetuar por grandes períodos.



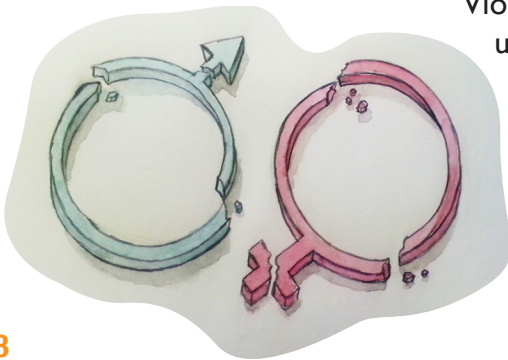
Violência contra a mulher

É qualquer conduta – ação ou omissão – de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo fato de a vítima ser mulher, e que cause danos, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou perda patrimonial. Pode acontecer tanto em espaços públicos como privados. Para melhor compreensão da condição geradora desse agravo é necessário evidenciar a existência de uma relação de gênero caracterizada pela dominação.



Violência de Gênero

Violência baseada no gênero é uma das expressões da violência contra qualquer pessoa com base no seu sexo ou gênero, atingindo de forma negativa a sua identidade e bem-estar (social, físico ou psicológico). De acordo com as Nações Unidas, o termo é utilizado propondo uma diferenciação da violência comum, já que tem como alvo os indivíduos ou grupos com base no seu sexo (estudos realizados pela ONG Human Rights Observatory).



Violência Intrafamiliar

Geralmente, se expressa como abuso físico, sexual, psicológico ou como negligência ou abandono. Caracteriza-se por toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física ou psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por membro da família (pai, mãe, filha, filho, marido, sogra, padrasto ou outros), incluindo pessoas que passam assumir função parental, ainda que sem laços e consangüinidade.

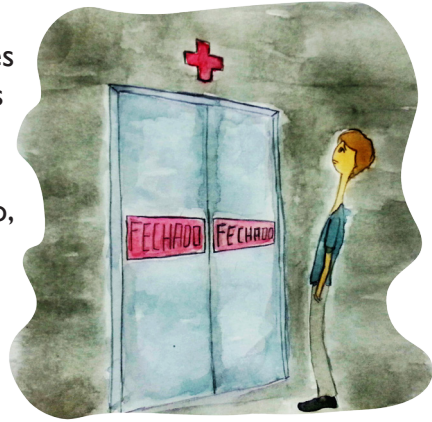


Violência Física

Refere-se a prática de atos violentos, nos quais se faz uso de força física de forma intencional com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor ou sofrimento à pessoa. Causa ou não danos e lesões internas ou externas no corpo.

Violência Institucional

Essa violência pode ocorrer em todas as instituições públicas e privadas. Na esfera pública, uma das suas manifestações apresenta-se na relação entre os servidores e usuários, podendo se dar de diversas formas: ineficácia e negligência no atendimento, discriminação (de gênero, étnico-racial, econômica, etc.), intolerância e ausência de escuta, desqualificação do saber do paciente, uso de poder, massificação do atendimento e outros.



Violência Moral

Ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa. Ou seja, as ofensas pessoais agridem a integridade moral de outra pessoa.

Exemplos: emitir opinião contra a reputação moral, críticas mentirosas e xingamentos. Esse tipo de violência pode ocorrer também pela internet.

Violência Patrimonial

A violência patrimonial é o tipo de violência que envolve a perda, subtração, destruição de objetos pessoais, documentos, instrumentos ou pertences, valores e similares. Esse tipo de violência engloba também a transferência de bens para o agressor por coação ou indução ao erro.



Violência Psicológica

Ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa, por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal. Portanto, não é preciso ser agredido fisicamente para estar em uma relação violenta.

Algumas palavras e atitudes podem ferir a autoestima de uma pessoa. Por se tratar de forma mais subjetiva é, por isso, difícil de identificar. O bullying e assédio moral são exemplos deste tipo de violência.

Violência Sexual

É toda relação sexual em que a pessoa é obrigada a se submeter, contra a sua vontade, por meio de força física, coerção, sedução, ameaça ou influência psicológica. Essa violência é considerada crime, mesmo quando praticada por um familiar, seja ele pai, marido, namorado ou companheiro. Considera-se também, como violência sexual o fato de o agressor obrigar a vítima a realizar alguns desses atos com terceiros. Vale salientar que o assédio sexual é uma modalidade de violência que mediante a coação induz a pessoa à fazer uso de sua sexualidade.



Negligência

Do latim “negligentia”, expressa desatenção, descuido, falta de zelo. É o ato de depreciar, de não dar a algo o seu devido valor. Nos casos de violência trata-se de abandono, a falta de cuidados em prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de uma pessoa.

Por exemplo: vacinas em atraso; não levar ao médico ou desconsiderar o tratamento; crianças fora da escola; acidentes domésticos previsíveis; falta de supervisão de responsáveis; deixar passar fome; isolamento; vestimenta inadequada face às condições ambientais, entre outros.

Autonegligência

Comportamentos que ameaçam a própria saúde ou segurança. A definição de autonegligência envolve situações nas quais uma pessoa toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em atos que ameaçam a sua saúde ou segurança.



Assédio Moral

É a exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções. Caracteriza-se pela degradação deliberada das condições de trabalho em que prevalecem atitudes e condutas negativas dos chefes em relação a seus subordinados, constituindo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização.



Violência Auto Infligida

É ação pela qual o sujeito agride a si mesmo, colocando sua integridade em risco. Compreende o suicídio, a ideação suicida e tentativa de suicídio. Também engloba o conceito de auto abuso, o que refere-se às agressões a si próprio e auto mutilações.

Violência Cultural

A mais disseminada e invisível das violências, que se perpetua e reproduz através dos preconceitos, causadores de discriminação e exclusão que resultam em violência. Os múltiplos preconceitos de cor, classe, religião, entre outros, concretizam-se como uma forma simbólica de pensar e agir na qual se legitima o menosprezo, a manipulação, a subordinação e segregação de outro ou outros, a partir de um sentimento de superioridade autocentrado (Cartilha Cultura de Paz – Redes de Convivência – SENAC, 2009).



SINTOMAS E SINAIS DE VIOLÊNCIA

Alguns sintomas e sinais mostram-se de forma constante associados à situações de violência. Os profissionais de saúde devem estar atentos a estas diversas expressões que podem ser evidenciadas de forma distinta.

Mulher

No caso da violência contra mulher vale observar (Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher – SMS-SP, 2007):

- Transtornos crônicos, vagos e repetitivos;
- Entrada tardia no pré-natal;
- Companheiro muito controlador, reage quando separado da mulher;

- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- Dor pélvica crônica;
- Síndrome do intestino irritável;
- Transtornos na sexualidade;
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição;
- Depressão;
- Ansiedade;
- História de tentativa ou ideias de suicídio;
- Lesões físicas;
- Dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa (dor que não tem nome ou lugar);

Idoso

No caso da violência contra idoso vale observar (Caderno De Violência Contra A Pessoa Idosa – SMS – SP, 2007):

- Parece ter medo de um familiar ou de um cuidador profissional – Geralmente, não quer responder quando se pergunta, ou olha para o cuidador antes de responder;

- Manifesta sentimento de solidão e isolamento social, diz que precisa de amigos, família, dinheiro, etc;
- Expressa frases que indicam baixo autoestima: “não sirvo pra nada”, “só estou incomodando”;
- Se refere ao cuidador como uma pessoa com “gênio forte” ou que está freqüentemente “cansada”;
- Sentimento de culpa. A pessoa idosa pode carregar o fardo de estar sofrendo os maus tratos, por não ter sido boa mãe ou bom pai;
- Vergonha e medo de abalar a reputação da família;
- Chantagem emocional por parte do agressor;
- Descrédito em pensar que se relatar o fato ninguém acreditará na real situação;
- Déficit cognitivo. A vítima não é capaz de informar a situação que se encontra pelo fato de sofrer de problemas de memória, comunicação e outros distúrbios;
- Banalização da violência - acredita que ser maltratado faz parte do processo do envelhecimento;

Criança e Adolescente

No caso da violência contra criança e adolescente vale observar (Caderno de Violência Domestica e Sexual Contra a Criança e Adolescente – SMS – SP, 2007):



Cabeça:

Das crianças submetidas a abuso físico, 50% apresenta equimoses ou abrasões na região do crânio ou face. Hematomas, lacerações ou escoriações no couro cabeludo devem alertar os profissionais da saúde para trauma craniano e lesão do sistema nervoso central.



Pele e mucosas:

É freqüente a ocorrência de equimoses, queimaduras e escoriações em qualquer parte do corpo da criança ou adolescente. Tais lesões podem ser decorrentes de golpes, lançamento de objetos e contra objetos, queimaduras, mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo, entre outros.

Hematomas são as lesões mais freqüentemente encontradas nos casos de agressões físicas à criança e adolescente, seguidas por lacerações e arranhões.

Lesões em região dorsal, nádegas, órgãos genitais e dorso das mãos podem ajudar no diagnóstico de violência física, pois raramente ocorrem por acidente. Lesões equimóticas com formato definido podem sugerir o tipo de objeto utilizado na agressão, como cintos, fivelas, dedos, colheres, pás e mordidas.

Lesões cutâneas múltiplas em diferentes estágios de evolução, principalmente quando localizadas em regiões protegidas e de difícil visão, podem sugerir violência contra a criança ou adolescente. Desta forma, é importante estar atento às equimoses que se apresentem em diferentes estágios de evolução:

Lesão roxa: indica que o trauma ocorreu há menos de três dias;

Lesão pardo-esverdeada: correspondendo a trauma provocado entre três e sete dias;

Lesão amarelada e amarelo-amarronzada: ocorrida entre sete e 30 dias.

Queimaduras aparecem em 10% das crianças submetidas a agressões físicas. Lesões agudas ou cicatriciais com forma numular em mãos ou pés podem sugerir queimaduras por cigarro. As queimaduras por imersão surgem mais frequentemente em nádegas, pés e mãos, sendo diferentes daquelas causadas por acidentes, por não indicarem marcas de respingos do líquido quente e acometerem menos as áreas com pregas cutâneas.



Esqueleto:

Fraturas ósseas ocorrem em 10 a 15% dos traumas acidentais da infância e em aproximadamente 30% das crianças submetidas à violência física.

Fraturas múltiplas inexplicadas, em diferentes estágios de consolidação são típicas de violência física, da mesma forma que as fraturas clinicamente não suspeitáveis através da anamnese.



Sistema nervoso central:

Os traumas do sistema nervoso central causados por violência física são os mais graves, pois

acarretam alta mortalidade. A frequência de traumas cranianos não intencionais em crianças até o segundo ano de vida é relativamente alta, entretanto, somente aqueles decorrentes de acidentes automobilísticos ou de quedas de alturas superiores a 1,50m costumam provocar lesões significativas no sistema nervoso central. Convulsões, letargia ou coma sugerem hemorragias epidural, subdural ou subaracnóidea com risco de morte.



Exame ginecológico:

Devem ser procurados sinais de lesões dos fôrnices vaginais, especialmente o posterior, lesões do trato urinário, sinais de doenças sexualmente transmissíveis ou de gestação.



Psicológicos e emocionais:

- Choros sem motivo aparente;
- Irritabilidade frequente, sem causa aparente;
- Olhar indiferente e apatia;
- Tristeza constante;
- Demonstrações de desconforto no colo;
- Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites;
- Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas;
- Dificuldades na amamentação, podendo chegar a recusa alimentar; vômitos persistentes;

- Distúrbios de alimentação;
- Enurese e encoprese;
- Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala;
- Distúrbios do sono;
- Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento;
- Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico;
- Afecções de pele frequentes, sem causa aparente;
- Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola;
- Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade;
- Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações;
- Pesadelos frequentes, terror noturno;
- Tiques ou manias;
- Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas;
- Baixa autoestima e autoconfiança;
- Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio;

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

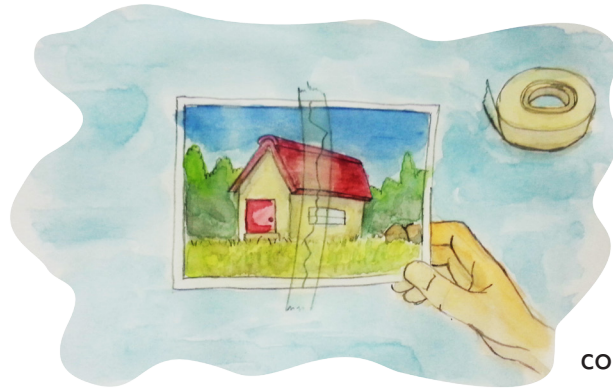
ORGANIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADO E CONSTITUIÇÃO DOS NÚCLEOS DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA - NPV

A organização de uma forte e qualificada Rede de Cuidado às pessoas em situação de violência depende da existência de equipes de profissionais sensibilizados para a importância do tema e capacitados para a tarefa. A SMS tem procurado investir significativamente na educação permanente desses profissionais.

Recentemente foi formulado um conjunto de diretrizes gerais mais específicas para orientar o trabalho dessas equipes. Como estratégia para o fortalecimento das ações foram criados os Núcleos de Prevenção da Violência (NPV).^{3 4}

3 Consultar “Documento Norteador para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo”, 2012 - SMS. Disponível no site <http://www.capital.sp.gov.br>.

4 Portaria Nº 1.300/2015 de SMS.G – Institui os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo.



Essencialmente, o NPV deve organizar o acolhimento e o tratamento qualificado às pessoas em situação de violência, tanto em relação às vítimas quanto aos autores da violência. Particularmente nos casos de violência doméstica, a oferta de cuidado aos agressores é fundamental no sentido de criar um ambiente familiar mais saudável para o desenvolvimento dos seus membros, além de prevenir novos comportamentos violentos.

O NPV deve desenvolver ações no sentido de minimizar o impacto da violência sobre os indivíduos, famílias e comunidade. Os profissionais do NPV precisam estar articulados com outras unidades de saúde em uma Rede Integral de Cuidados proposta pela SMS. É fundamental o esforço conjunto para desenvolver projetos de promoção da saúde que ajudem as pessoas em situação de violência a assumirem o papel de protagonistas em suas vidas.

Definição do Núcleo de Prevenção de Violência – NPV

O NPV corresponde à equipe de referência da unidade de saúde responsável pela organização do atendimento e articulação das ações a serem desencadeadas para a superação da violência. O NPV deve organizar o atendimento e a execução dos grupos educativos,

participar de fóruns, contribuir para a formação da rede de cuidados, das capacitações, além de se responsabilizar pela multiplicação das informações para todos os profissionais da unidade.

Composição do NPV

O Núcleo de Prevenção de Violência deverá ser composto por no mínimo quatro profissionais, podendo este número ser ampliado. Todas as categorias profissionais podem compor os NPV, sendo de grande contribuição a participação do médico, psicólogo, assistente social e enfermeiro.

Atribuições do NPV

- Organizar o atendimento e criar estratégias para fortalecer o cuidado ampliado e integral das pessoas em risco ou situação de violência nos serviços, utilizando o dispositivo de Projeto Terapêutico Singular e as tecnologias de cultura de paz;
- Promover e participar dos fóruns de discussões e das reuniões da rede local, que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde e Cultura de Paz;
- Facilitar espaços para discussão, reflexão e aprimoramento entre os profissionais do serviço de saúde, uma vez que o atendimento dos casos de violência é de responsabilidade de todos os profissionais dos estabelecimentos de saúde;
- Contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais envolvidos nos atendimentos dos casos;

- Estimular a formação de grupos terapêuticos de atendimento e encaminhar os usuários para os grupos já existentes no estabelecimento de saúde;
- Notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência que chegam aos serviços, caso o preenchimento da ficha ainda não tenha sido realizado;
- Ampliar a área de atuação dos serviços, por meio da criação de espaços de diálogo e de iniciativas educativas para a comunidade local. Essas ações e projetos devem contribuir para a prevenção da violência e para a promoção de uma cultura de paz;
- Elaborar estratégias de trabalho junto às escolas, instituições públicas, privadas e organizações da sociedade civil, envolvidas com o tema localmente.

Fluxo para o cuidado:

Qualquer profissional de saúde poderá receber o usuário em risco ou situação de violência. Quando não se tratar de demanda espontânea e sim de suspeita, sugerimos que profissionais discutam, monitorem e realizem visitas domiciliares para uma intervenção no caso;

- Propiciar uma escuta acolhedora e qualificada. Após o acolhimento, estes profissionais realizarão as primeiras orientações e encaminhamentos necessários ao usuário;
- Acionar a equipe necessária para o atendimento do caso;
- Efetuar o preenchimento da ficha de notificação de violência (SINAN), caso o preenchimento não tenha sido ainda realizado;

- Encaminhar comunicado aos órgãos competentes referentes à rede de proteção social;
- Manter, em arquivo no serviço de saúde, uma cópia da ficha de notificação, relatórios técnicos e comunicados emitidos aos órgãos de proteção;
- Todos os serviços de saúde deverão priorizar os atendimentos dos casos de violência. Os atendimentos destes casos devem ser realizados no mesmo dia em que chegam ao serviço;
- Podem ser agendados atendimentos específicos quando necessários (consultas médicas, atendimento psicológico, social e de outras especialidades). Também podem ocorrer encaminhamentos para outros serviços de saúde. Os encaminhamentos devem ser sempre acompanhados de relatório detalhado, e se possível realizar contato pessoal ou telefônico prévio;
- O caso será discutido pela equipe com o objetivo de ampliar a compreensão do problema e desenvolver um Projeto Terapêutico Singular que leve em conta as múltiplas dimensões envolvidas;
- Quando necessário, serão realizados contatos com a rede de proteção para produção de uma atenção compartilhada;
- Registrar todas as etapas do atendimento e encaminhamento no prontuário, assim como número da ficha de notificação de violência.

BIBLIOGRAFIA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
2. Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra Criança e Adolescente – SMS – SP, 2007.
3. Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher – SMS-SP, 2007.
4. Caderno De Violência Contra à Pessoa Idosa – SMS-SP, 2007.
5. Cartilha da PNH – Clínica Ampliada Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular – MS, 2007.

6. Decreto N° 44.330, publicado em 5 de fevereiro de 2004 – Regulamenta a Lei N° 13.642, de 8 de setembro de 2003, e dispõe sobre notificação dos casos de violência contra idosos.

7. Decreto N° 45.771, publicado em 15 de março de 2005 – regulamenta a Lei N° 13.150, de 20 de junho de 2001, e introduz o quesito “violência de gênero” no Sistema Municipal de Informações em Saúde.

8. Decreto N° 48.421, publicado em 6 de junho de 2007 – regulamenta Lei N° 13.671, de 26 de novembro de 2003, e dispõe sobre a criação do Programa de Informações sobre Vítimas de Violência no Município de São Paulo.

9. Decreto Presidencial N° 7.958 em 13 de março de 2013 que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual, pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

10. DISKIN, Lia. Cartilha Cultura de Paz – Redes de Convivência. SENAC. São Paulo, 2009.

11. ECA – Estatuto da Criança e Adolescente, 1990.

12. Lei N° 13.150, de 20 de junho de 2001 – introduz o quesito “violência de gênero” no Sistema Municipal de Informações em Saúde.

13. Lei N° 13.642, de 8 de setembro de 2003 – dispõe sobre notificação dos casos de violência contra idosos.

14. Lei Municipal N° 13.671, de 26 de novembro de 2003 – dispõe sobre a criação do Programa de Informações sobre Vítimas de Violência no Município de São Paulo.

15. Lei N° 10.778, de 24 de novembro de 2003 – estabelece a Notificação Compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidas em serviços de saúde públicos ou privados.

16. Lei Municipal N° 14.247, de 8 de dezembro de 2006 – dispõe sobre o Programa Municipal de Conscientização e Combate à Violência contra Crianças e Adolescentes.

17. Lei Municipal N° 15.203 de 18 de junho de 2010 – estabelece diretrizes para Política Municipal de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.

18. Lei Presidencial N° 12.845 de 1° de agosto de 2013 dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

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

20. MULLER, J. M. Não Violência na Educação – Ed. Palas Ahtena, 2009.

21. OPAS/OMS. Relatório Mundial sobre a violência e saúde. Genebra: 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf

22. Portaria MS/GM N° 737 de 16 de maio de 2001 – cria a Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

23. Portaria MS/GM N° 1.968 de 25 de outubro de 2001 – dispõe sobre a notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS);

24. Portaria MS/GM N° 936, de 18 de maio de 2004 – cria a Rede Nacional de Prevenção e Promoção da Saúde;

25. Portaria MS/GM N° 2.406 de 5 de novembro de 2004 – institui o serviço de Notificação Compulsória de violência contra a mulher;

26. Portaria N° 1.328/2007 da SMS – dispõe sobre a implantação do “Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes – SIVVA” no Município de São Paulo.

27. Portaria MS/GM 2472/2010 de agosto de 2010 – estabelece que a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências deixam de ser notificadas apenas nas unidades sentinelas, para ser notificadas por toda a rede de saúde.

28. Portaria MS/GM n° 104 de 25 de janeiro de 2011 apresenta a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e destaca a importância da notificação de qualquer suspeita ou confirmação de violência no SINAN.

29. Portaria MS/GM N° 485 de 1° de abril de 2014 que redefine o funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.

30. Portaria N° 1102/2015 de SMS.G que estabelece a notificação compulsória dos casos de violência e de acidentes nos serviços públicos e privados no Município de São Paulo;

31. Portaria N° 1.271, de 6 de junho de 2014 que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

32. Portaria Interministerial nº 288 de 25 de março de 2015 que estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.

33. Portaria Nº 1.300/2015 de SMS.G – Institui os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo.

34. Portaria MS/GM nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 que define a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional.

35. REVISTA Tecendo Redes de Paz – SMS – SP, 2006. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo. São Paulo, SP; 2015. Disponível em [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia\(1\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia(1).pdf)

36. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Cultura de Paz, Saúde e Cidadania. Documento Norteador para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo, 2012.

37. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência do Município de São Paulo. São Paulo. SP, 2015.

