

SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Gonçalo Moniz

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE
SESAU - CAMPO GRANDE - MS / FIOCRUZ**

NÁGELA MALUF LEMES FERREIRA

**Elaboração de capítulo do Manual do Residente de MFC:
Abordagem às questões de violência e vulnerabilidade**

Campo Grande

2022

NÁGELA MALUF LEMES FERREIRA

**Elaboração de capítulo do Manual do Residente de MFC:
Abordagem às questões de violência e vulnerabilidade**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador João Alfredo Cadorin da Silva

Campo Grande

2022

RESUMO

FERREIRA, Nágela Maluf Lemes. *Elaboração de capítulo do Manual do Residente de MFC: abordagem às questões de violência e vulnerabilidade*. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

O presente Trabalho de Conclusão de Residência tem por objetivo a formação de um capítulo no Manual de Residente de MFC, visando abordagem em questões referentes à violência e vulnerabilidade, vivência muito presente na atuação do médico de Família e Comunidade, especialmente na UBSF e no contexto de saúde pública, porém também pertinente na saúde privada. Através de uma revisão bibliográfica, com foco no município de Campo Grande-MS – local onde a residência em Medicina de Família e Comunidade SESAUFiocruz é atuante - determina-se realizar abordagens de conhecimentos e condutas para prestar uma boa assistência frente às diversas situações em que os pacientes estão violentados ou encontram-se vulneráveis. Conclui-se que após elaboração do Manual do Residente os médicos possam prestar uma melhor qualidade de atendimento e tomar condutas padronizadas perante o problema, evitando rodeios, encaminhamentos dispersos ou até mesmo objeção ao auxílio devido seu grau de complexibilidade.

Palavras-chave: Violência. Vulnerabilidade. Assistência.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA.....	1
3. HIPÓTESE	2
4. OBJETIVO PRIMÁRIO.....	2
5. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	2
6. MÉTODOS.....	2
7. DISCUSSÃO.....	3
8. RESULTADOS.....	4
8.1 Atenção às situações de violência e vulnerabilidade.....	4
8.1.1 Classificação da vulnerabilidade.....	4
8.1.2 Acolhimento da população vulnerável na UBSF.....	7
8.2 População prisional.....	8
8.3 População em situação de rua.....	8
8.4 Abordagem à violência intrafamiliar.....	10
8.4.1 Tipos de violência.....	10
8.4.2 Fatores de risco para violência.....	11
8.4.3 Lidando com situações de violência intrafamiliar.....	15
8.5 Abordagem a violência infantil e do adolescente.....	17
8.5.1 Manifestações clínicas.....	17
8.5.2 Diagnóstico.....	19
8.5.3 Abordagem terapêutica.....	20
8.6 Abordagem à violência contra a mulher.....	21
8.6.1 Manifestações clínicas.....	21
8.6.2 Diagnóstico.....	22
8.6.3 Abordagem terapêutica.....	22
8.6.4 Medidas específicas no caso de violência sexual.....	23
8.6.5 A Casa da Mulher Brasileira - Campo Grande/MS.....	25
8.7 Abordagem à violência contra o idoso.....	27
8.7.1 Manifestações clínicas.....	28
8.7.2 Diagnóstico.....	29
8.7.3 Abordagem terapêutica.....	30

8.7.4 Prevenindo acidentes domésticos.....	31
8.8 Abordagem à violência contra pessoas portadoras de deficiências..	33
8.8.1 Aborgadem familiar.....	33
8.8.2 Medidas preventivas.....	33
8.9 Principais benefícios sociais.....	34
8.10 Rede Intersetorial em Campo Grande/MS.....	40
9. CONCLUSÕES.....	43
10.REFERÊNCIAS.....	43

1. INTRODUÇÃO

A formulação de um Manual para os Residentes de MFC perpassa pelas várias necessidades em se ter um material de consulta rápida para os atendimentos diários, especificamente neste trabalho com relação às questões de violência e vulnerabilidade que atingem o território de cada Unidade de Saúde do município de Campo Grande – MS. É necessário que estes casos sejam identificados desde a entrada do paciente na Unidade, e seja dada devida atenção para melhor conduta possível.

As situações de violência e vulnerabilidade podem atingir à toda população, independentemente de gênero, classe social, cor ou idade. Sabe-se que populações com especificidades, geralmente enquadradas em questões de vulnerabilidade, estão mais propensas a sofrerem violência em seu contexto.

Neste trabalho será abordado a classificação e prioridade do atendimento à vulnerabilidade dentro da Unidade Básica de Saúde da Família, o acompanhamento de populações específicas, com enfoque em questões de violência à mulher, às crianças e aos adolescentes, aos idosos e às pessoas com deficiência, assim como os principais benefícios sociais presentes no assistencialismo às pessoas em situações de vulnerabilidade.

Visto que os problemas relacionados às questões de vulnerabilidade e violência perpassam inúmeras esferas do ser humano (saúde biológica, social, emocional e demais), o trabalho prestado pela equipe deve ser realizado com interdisciplinaridade, com auxílio multiprofissional, seguindo Portarias estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Fluxo de Atendimento preconizado pela Secretaria de Saúde do município.

2. QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a melhor maneira da Equipe de Saúde da Família abordar e acompanhar as questões de vulnerabilidade e violência no seu território?

3. HIPÓTESE

Frente à alta complexidade de auxílio às questões de violência e vulnerabilidade, à dependência de um trabalho multiprofissional, à alta demanda de atendimento na Unidade Básica de Saúde, eventualmente à formulação de um capítulo no Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade que discorra sobre a abordagem e acompanhamento dos casos de vulnerabilidade e violência no território é de grande valia para conduta e auxílio do paciente.

4. OBJETIVO PRIMÁRIO

Colaboração na construção de um Manual do Residente para os residentes de Medicina de Família e Comunidade poderem realizar consultas rápidas durante seus atendimentos em eventuais situações de dúvidas ou complexidade do caso, realizando capítulo específico onde será abordada as questões de violência e vulnerabilidade a serem atendidas na Unidade Básica de Saúde da Família.

5. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Padronizar a conduta e encaminhamentos, assim como interação com equipe multiprofissional.

Possibilitar melhor assistência às questões de alta complexidade e exigência de toda equipe da Unidade Básica de Saúde.

Fornecer um atendimento de melhor qualidade e gerir o cuidado das famílias e pacientes expostos à situação de violência e vulnerabilidade dentro do território de atuação da equipe de Saúde da Família, especialmente do médico de família e comunidade.

6. MÉTODOS

Para formulação do capítulo referente ao Manual do Residente foi realizada uma revisão bibliográfica. Foram optados por abordagem das questões constantes no Currículo de Competências da Medicina de Família e Comunidade, levando em

consideração a relevância da Unidade Básica de Saúde e Família como porta de entrada para as situações abordadas neste trabalho.

A partir de conjunto de artigos selecionados, Caderno do Ministério da Saúde, Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Manual para Formulação do Fluxo de Atendimento na Atenção Primária de Saúde no Município de Campo Grande – MS, foi realizada revisão bibliográfica e formulação do capítulo sobre abordagem às questões de violência e vulnerabilidade para consulta rápida dos residentes e demais profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família e Comunidade do município.

7. DISCUSSÃO

A relevância desse trabalho se dá no mesmo patamar da relevância em se abordar e prevenir os casos de violência presentes no cotidiano da sociedade. Um estudo de 1997, do Banco Interamericano de Desenvolvimento, demonstrou que 25% das faltas das mulheres no trabalho (ou seja, um a cada quatro dias de falta no trabalho) são devidos casos de violência que as permeiam. Isso também causa um agravo financeiro para elas, reduzindo em torno de 3 a 20% dos ganhos, amplificando a desigualdade financeira presente entre os gêneros. Esse mesmo estudo demonstrou que crianças que sofrem de violência intradomiciliar tem três a quatro vezes maiores chances de adoecerem e de repetirem de ano na escola, sendo que grande parte deixa a escola. (Ministério da Saúde, 2001)

Outro estudo do Banco Mundial demonstrou que a violência intradomiciliar é responsável pela perda de quase um ano de vida saudável em cada cinco mulheres entre 15 e 44 anos, se equiparando com situações de enfermidade como tuberculose, HIV, alguns tipos de câncer e doenças cardiovasculares. Em contrapartida aos dados impressionantes causados pela violência, temos pouquíssimos dados presentes de notificação, sendo estimado pelo mesmo estudo que apenas 2% dos casos de abusos sexuais infantis dentro da família, 6% os de fora da família e de 6 a 8% dos casos de violência sexual contra adultos. (Ministério da Saúde, 2001)

Ainda é importante também ressaltar que devido a mudança de perfil epidemiológico (transição epidemiológica), a mortalidade e morbidade devido causas

violentas ocupa o segundo lugar no Brasil, se constituindo um sério problema de Saúde Pública. Com a mudança de perfil epidemiológico, nos últimos 20 anos, os casos de violência ultrapassaram as doenças degenerativas ou infecciosas. Isso exige um aperfeiçoamento de atendimento dos profissionais de saúde. É notado que as maiores dificuldades estão na notificação dos casos e na interferência familiar, sendo que muitas famílias que sofrem de violência não são abertas para alteração na dinâmica familiar, necessária na abordagem e acompanhamento dos casos. (SES-DF, 2009)

Nesse cenário presente, é importante reconhecer os serviços de saúde da atenção primária como uma porta de entrada e importante ferramenta para o enfrentamento das situações de violência. A APS promove o estreitamento de vínculo com os pacientes, estabelece contato de confiança com os mesmos e pode, então, ser uma alternativa e importante fonte de mudança nesse grande problema de Saúde Pública. (Rodrigues EAS, 2018)

Em frente a este cenário exposto, se torna muito relevante a formulação de um capítulo específico sobre vulnerabilidade e violência dentro de um Manual de consultas rápidas para os profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária, com a exposição de tipos de violência, classificação por gênero, ciclo de vida e também as pessoas com deficiência, auxílios sociais e rede intersetorial de apoio dentro do município de Campo Grande-MS.

8. RESULTADOS

8.1 Atenção às situações de violência e vulnerabilidade

8.1.1 *Classificação da vulnerabilidade:*

Os casos de Vulnerabilidade que se apresentam na UBSF devem sempre levar em conta o modo de vida das pessoas, acesso das mesmas à informação, capacidade de incorporar as informações e orientações ao seu cotidiano, escolaridade, condição socioeconômica, dentre outros. Uma ferramenta interessante que temos, na Abordagem à Vulnerabilidade dentro da APS, é a Escala de Coelho e Savassi (criada por Leonardo Coelho Savassi), para auxiliar na identificação e tipo de vulnerabilidade

presente no território abrangido pela Equipe de Saúde e Família, assim como no planejamento do cuidado em saúde para a família e a comunidade (SESAU, 2022).

A Escala Risco Familiar de Coelho Savassi é uma ferramenta de estratificação de risco familiar, onde se objetiva determinar o risco de saúde e social dentro de cada formação familiar do território abrangente, demonstrando dessa forma o potencial de adoecimento específico. Foi desenvolvida no município de Contagem, em Minas Gerais, baseada no uso de sentinelas de risco que podem ser identificadas através da primeira visita domiciliar (VD), realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). (Savassi, 2012).

Os dados utilizados foram definidos como Sentinelas de Risco (Quadro 1), funcionando para analisar o risco familiar, sem a necessidade de uma criação de nova coletada de dados. Trabalha-se bem com essa padronização de avaliação dentro do território da UBSF, sendo que a avaliação do risco se dá pela soma do escore, correspondente ao exemplificado no Quadro 2 (Savassi, 2012). Seguem quadros:

Quadro 1 - Sentinelas de Risco

Sentinelas de Risco	Escore de Risco
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1
Indivíduo maior de setenta anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Melitus	1
Relação morador/cômodo maior que 1	3
Relação morador/cômodo igual a 1	2
Relação morador/cômodo menor que 1	0

Fonte: SAVASSI, 2012.

Quadro 2 - Avaliação do Risco

Escore total	Risco familiar
5 e 6	R1 – risco menor
7 e 8	R2 – risco médio
Acima de 9	R3 – risco máximo

Fonte: SAVASSI, 2012.

A Secretária de Saúde do município de Campo Grande propõe em seu Manual para Organização do Processo de Trabalho na Atenção Primária à Saúde no Município de Campo Grande – MS, o uso de tabela de Classificação de risco e Vulnerabilidade Social (Tabela 1), que é de grande serventia para avaliação dos usuários que procuram atendimento na Unidade Básica de Saúde. (SESAU, 2022).

Segue tabela presente no Manual da Secretária de Saúde do município de Campo Grande/MS:

Tabela 1 - Classificação de Risco e Vulnerabilidade social

Saúde/ Mulher	<ul style="list-style-type: none"> a) Chefia familiar feminina (mulheres arrimo de família, sem cônjuge e com filhos pequenos). b) Convivência com usuários de álcool e/ou drogas ou com outras mulheres com familiares usuários de álcool e/ou drogas. c) Vítimas de violência; d) Desempregadas; e) Analfabetas; f) Condições precárias de moradia e/ou saneamento.
Saúde/ Criança	<ul style="list-style-type: none"> a) Crianças fora da escola ou CEINF; b) Crianças sozinhas em casa; c) Crianças responsáveis por outras crianças; d) Convivência com familiares usuários de álcool e/ou drogas; e) Crianças em uso de álcool e/ou drogas; f) Crianças vítimas de violência; g) Crianças filhas de pais desempregados; h) Crianças em falta de condições de moradia e/ou saneamento básico.
Saúde/ Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> a) Adolescentes gestantes; b) Adolescentes com filhos; c) Adolescentes em convivência com usuários de álcool e/ou drogas; d) Adolescentes usuários de álcool e/ou drogas; e) Adolescentes vítimas de violência; f) Adolescentes filhos de pais desempregados; g) Adolescentes em condições precárias de moradia e/ou saneamento básico.

Saúde/ Idoso	<ul style="list-style-type: none"> a) Convivência com usuários de álcool e/ou drogas; b) Idosos responsáveis economicamente pela casa; c) Idosos com tutela dos netos; d) Idosos analfabetos; e) Idosos morando sozinhos, em condições precárias de moradia e/ou saneamento básico;
Populações/ Grupos específicos	<ul style="list-style-type: none"> a) Em situação de rua; b) Quilombolas, assentados, rurais, ciganos, indígenas; c) População negra; d) População LGBTQIAP+; e) Pessoas com deficiência;

Fonte: SESAU, 2022

8.1.2 Acolhimento da população vulnerável na UBSF:

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (2017), são atribuições de todos os membros da equipe que atuam dentro da atenção básica a participação do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando a classificação de risco e vulnerabilidade e identificando as necessidades de intervenções de cuidado. Assim como a responsabilidade pela continuidade de atenção e viabilização de vínculo. (PNAB, 2017; SESAU, 2022).

Para que o acolhimento na UBSF flua de maneira satisfatória, o gerente da Unidade deve elaborar escalas mensais intituladas de “Equipe de Escuta Qualificada do Dia” para acolhimento, avaliação, classificação do risco e vulnerabilidade. Os usuários que deverão ter a triagem realizada por esse acolhimento são os que não têm atendimento agendado e/ou quando no dia não houver vaga na agenda de demanda espontânea com: médico(a), enfermeiro (a) e/ou cirurgião dentista. Deve-se ter atenção a fim de não sobrecarregar o funcionamento da Unidade Básica de Saúde da Família, em especial as com território vulnerável, que nem todos os usuários necessitam de tal acolhimento, como por exemplo os com consulta agendada, os que desejam agendar um exame, os que desejam marcar retorno dentre demais situações específicas. (SESAU, 2022).

Desta forma, em consonância com diretrizes ministeriais, a Secretária de Saúde de Campo Grande – MS define que o acolhimento da população será realizado

exclusivamente pelo enfermeiro, farmacêutico ou médico, compreendendo desta forma o sentido biológico e socioeconômico do usuário. (PNAB, 2017; SESAU, 2022).

Dentro da tabela de Classificação geral dos Casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica, proposto pela Secretária de Saúde do município de Campo Grande – MS, temos as abordagens de suspeita de violência com necessidade de atendimento no mesmo período (podendo ser indicada a avaliação da enfermagem, assim como medidas de conforto, até nova avaliação do profissional mais indicado para o caso), e para casos de risco de vulnerabilidade importante, como dificuldade em acessar novamente o serviço de saúde, ou conflitos familiares, a necessidade de atendimento no mesmo dia com manejo da equipe para o mesmo. (SESAU, 2022).

8.2 População prisional

A população prisional do país é composta em sua maior parte por homens jovens, oriundos de comunidades desfavorecidas e possuem, assim, condições de saúde precárias antes mesmo do encarceramento. Por isso, pensar sobre as condições de higiene inadequadas, celas mal ventiladas e superpopulosas contribuem para pensar sobre o agravamento da situação de saúde dos privados de liberdade (GUSSO, 2019).

O acesso à saúde é uma questão a ser discutida a fim de se garantir para a população prisional. Em Unidades de baixa segurança, os detentos podem ir espontaneamente para a Unidade de Saúde e o atendimento pode funcionar como porta-aberta, sem agendamentos prévios, com uma triagem estabelecida pela enfermagem. As Unidades de segurança máxima possuem ESF próprias dentro do presídio (GUSSO, 2019).

8.3 População em situação de rua

A população de rua é composta por um grupo heterogêneo tanto em características demográficas quanto nas trajetórias, hábitos e desejos. Há nessa população diversas negativas de direitos, sendo a inexistência de garantia de acesso

à moradia a mais identificada. Entre as exclusões que essas pessoas sofrem podemos destacar a atenção à saúde. (GUSSO, 2019).

Não existe atualmente um consenso sobre a definição da situação de rua, havendo um espectro com um extremo que diz sobre a ausência total de abrigo e uso dos espaços públicos para dormir, viver, manter relações sociais e subsistir e no outro extremo pessoas ou indivíduo que transita entre endereços, permanece provisoriamente na casa de conhecidos ou que não tenham estabilidade financeira para garantir a manutenção da sua moradia (GUSSO, 2019).

Segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua, a definição cabe como “grupo populacional heterogêneo, caracterizado pela sua situação de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar.” (PNPSR, 2018)

Há três grupos de perfil de PSR (População em Situação de Rua) para analisar:

1. Pessoas que ficam na rua: caracterizadas pela extrema mobilidade, por diversos motivos, onde a situação de rua é recente, seus vínculos com outras pessoas na mesma condição são pequenos, procurando alimentação e abrigo sozinhos.
2. Pessoas que estão na rua: pessoas que passam a usar da rua como local de pernoite, que passado um período de adaptação não sentem mais a condição como ameaçadora. Começam a estabelecer vínculos, aprendendo com o meio a ter sua própria sobrevivência.
3. Pessoas que são da rua: PSR que faz da rua um espaço permanente de moradia, sem estranhamento com a vida na rua e sim um sentimento de pertencimento ao espaço. Possuem uma forte relação com certo local ou região, com relações estáveis no território, seus comércios e frequentadores. (Rosa CMM, 1999).

O uso dos serviços de saúde é um desafio perante a PSR, visto que segundo pesquisa nacional (Passos E, 2014) apontou que 43,8% das pessoas nessa situação procuram hospitais e atendimentos de emergência em primeiro lugar. Visto isso, locais com cuidado longitudinal como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Consultórios na Rua (CnaRs) são entendidos como lugares que não resolvem as demandas urgentes da população (GUSSO, 2019).

Os Consultórios na Rua foram instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica (2011), visando ampliar o acesso à saúde pela PSR de maneira mais oportuna e integral, sendo que eles se encontram em situação de vulnerabilidade, rompimento ou fragilização de vínculos sociais. Eles são organizados de maneira itinerante e, quando necessário, buscam apoio das UBSF do território. É ressaltado que a responsabilidade pela PSR é de todo profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que não seja componente da equipe dos CnaRs. Na falta deles em algumas cidades, a atenção à saúde para essa população deve ser prestada pelas equipes de Atenção Básica. (Portaria nº 122, 2011, Ministério da Saúde)

8.4 Abordagem à violência intrafamiliar

8.4.1 Tipos de violência:

A violência pode se manifestar de diversas maneiras e graus, sendo o homicídio a manifestação extrema dela. É importante, assim, classificá-las (Ministério da Saúde, 2001).

1. Violência física: quando uma pessoa em relação de poder perante outra usa da força física ou de armas para provocar lesões internas, externas ou ambas. É caracterizada por tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamento, lesões por armas, obrigar a pessoa a ingerir substâncias inadequadas, tirar do local à força, amarrar, arrastar, arrancar a roupa etc (Ministério da Saúde, 2001).
2. Violência sexual: quando uma pessoa em relação de poder perante a outra usa da força física, coerção ou intimidação psicológica para obter gratificação sexual. Ocorre em várias situações como estupros, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso, assédio

sexual, carícias não desejadas, penetração oral, anal ou genital de maneira indesejada, exposição à material pornográfico contra a vontade, uso de linguagem erotizada em situação inadequada, impedir o uso de métodos contraceptivos, ser forçado a presenciar ou ter relações com outras pessoas. (Ministério da Saúde, 2001)

3. Violência psicológica: ações que causam danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento pessoal. São elas insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e família, ridicularização, manipulação afetiva, exploração, negligência, ameaças, privação arbitrária da liberdade (impedir de trabalhar, de estudar, de cuidar da própria aparência, gerenciar o próprio dinheiro, de brincar etc.) (Ministério da Saúde, 2001)
4. Violência econômica ou financeira: Atos omissivos ou destrutivos do agressor que influenciam na saúde emocional ou sobrevivência dos outros. São eles: roubo, destruição de bens pessoais ou de sociedade conjugal, recusa de pagamento de pensão alimentícia ou gastos básicos, uso de recurso da pessoa idosa, tutelada ou incapaz, deixando-a sem cuidados. (Ministério da Saúde, 2001)
5. Violência institucional: é aquela praticada pelos órgãos públicos, incluindo desde a falta de acesso até a má qualidade dos serviços prestados. São exemplos deste: peregrinação por vários serviços até receber atendimento, falta de escuta, frieza, rispidez, negligência, maus-tratos por discriminação de quaisquer naturezas, violação dos direitos reprodutivos, desqualificação dos saberes práticos (experiência de vida) em frente aos saberes científicos. (Ministério da Saúde, 2001)
6. Violência - Alienação Parental (Lei nº 12.318): interferência na formação psicológica da criança/adolescente por um dos genitores, avós ou demais que cuidem da criança para que repudie genitor ou cause prejuízo ao vínculo de ambos (Lei nº 12381, 2016).

8.4.2 Fatores de risco para violência

Há a existência de condições particulares individuais, familiares e coletivas que são percebidas para influenciar no aumento de risco da violência. Nesse cenário é de competência das Equipes de Saúde da Família reconhecer, discutir e acompanhar, facilitando o diagnóstico e a tomada de ações em frente às diversas situações de violência intrafamiliar. (Ministério da Saúde, 2001)

Segundo o Caderno de Violência Intradomiciliar do Ministério da Saúde, são elas fatores de risco na família:

- a) famílias baseadas numa situação desigual de poder e autoridade, conforme papéis de gênero, econômico, social ou sexual.
- b) famílias com centro em papéis e funcionamento rígido.
- c) famílias em que não há diferenciação de papéis, levando à falta de limites entre os membros.
- d) famílias com níveis de tensão alto, sem controle de agressividade ou dificuldade no diálogo.
- e) famílias com estruturas fechadas, sem abertura para contatos externos e padrões repetitivos de conduta.
- f) famílias em situações de instabilidade, crises (separação de casal, desemprego, morte, migração etc.)
- g) baixo nível de autonomia dos membros familiares.
- h) presença de um modelo familiar agressivo na origem dos membros familiares.
- i) maior incidência de abuso de drogas.
- j) história de antecedentes criminais ou uso de armas.
- k) comprometimento psicológico/psiquiátrico de algum membro.
- l) dependência econômica/psicológica e baixa autoestima de algum envolvido, levando a situação de aceitação da violência. (Ministério da Saúde, 2001)

Segundo o Caderno de Violência Intradomiciliar do Ministério da Saúde, são elas fatores de risco na relação do casal:

- a) violência nas relações anteriores de algum dos parceiros.
- b) início da relação com características indicativas de violência, como interesse econômico, objetivos perversos, desapego.
- c) dinâmica agressiva, isolamento e fechamento da relação a terceiros.
- d) elevado tempo de convivência em situação violenta, desgaste acumulado.
- e) baixa capacidade de negociação do casal.
- f) curva crescente de grau, intensidade e frequência de episódios agressivos.
- g) elevado nível de dependência (econômico, emocional) de um dos parceiros.
- h) baixa autoestima ou pouca autonomia de um dos parceiros.
- i) sentimento de posse exagerado de um dos parceiros.
- j) abuso de álcool ou drogas dos parceiros.
- k) soropositividade da mulher (HIV). (Ministério da Saúde, 2001)

Segundo o Caderno de Violência Intradomiciliar do Ministério da Saúde, são fatores de risco na criança, referente aos pais:

- a) pais com história de violência, abuso, maus-tratos na infância.
- b) gravidez de pais adolescentes sem apoio familiar.
- c) gravidez não planejada e/ou negada.
- d) gravidez de risco.
- e) depressão na gravidez.
- f) falta de acompanhamento no pré-natal.
- g) pai/mãe com múltiplos parceiros.
- h) altas expectativas em relação à criança.
- i) ausência ou pouca manifestação de afeto por parte dos pais com a criança.
- j) obrigação de tarefas domésticas e parentais à criança.

- k) capacidade baixa em lidar com situações estressantes (pouco autocontrole).
- l) educação disciplinar rigorosa.
- m) pais possessivos e ciumentos demasiadamente com os filhos. (Ministério da Saúde, 2001)

Segundo o Caderno de Violência Intradomiciliar do Ministério da Saúde, são fatores de risco na criança, referente às crianças:

- a) recém-nascidos separados da mãe no parto por doença ou prematuridade.
- b) malformações congênitas ou doenças crônicas
- c) crianças com falta de vínculo parental nos primeiros anos de vida. (Ministério da Saúde, 2001)

Segundo o Caderno de Violência Intradomiciliar do Ministério da Saúde, são fatores de risco dos idosos:

- a) multi comorbidades.
- b) dependência física ou mental.
- c) déficits cognitivos.
- d) alteração do sono.
- e) incontinência urinária e/ou fecal.
- f) dificuldade de locomoção ou acamados.
- g) alta dependência de cuidados diários, como para se alimentar, vestir, ir ao banheiro. (Ministério da Saúde, 2001)

Segundo o Caderno de Violência Intradomiciliar do Ministério da Saúde, são fatores de risco dos deficientes:

- a) maior comprometimento físico/mental, diminuição da autonomia.
- b) dificuldade de locomoção.
- c) hiperatividade.

d) dispersão. (Ministério da Saúde, 2001)

8.4.3 Lidando com situações de violência intrafamiliar

Frequentemente os profissionais de saúde são os primeiros contatos das situações de violência em suas áreas de abrangência. Esse atendimento geralmente vem mascarado com sintomas que não fecham o diagnóstico da violência, dependendo de outras ferramentas do profissional para acompanhamento. (Ministério da Saúde, 2001)

As pessoas que sofrem com a violência intrafamiliar, principalmente as mulheres e crianças, muitas vezes se colocam como responsáveis pelos atos violentos, o que é reforçado pelas atitudes da sociedade (OMS/OPAS, 1991).

Um problema frequente nessa sistemática são as instituições que prestam serviços - jurídicos, policiais, de saúde, educação - pois elas não possuem, muitas vezes, uma sistemática de diagnósticos e registros apropriados. Este, somado ao relatado anteriormente quanto às vítimas e julgamentos da sociedade, levam as pessoas a evitar o problema. (Ministério da Saúde, 2001).

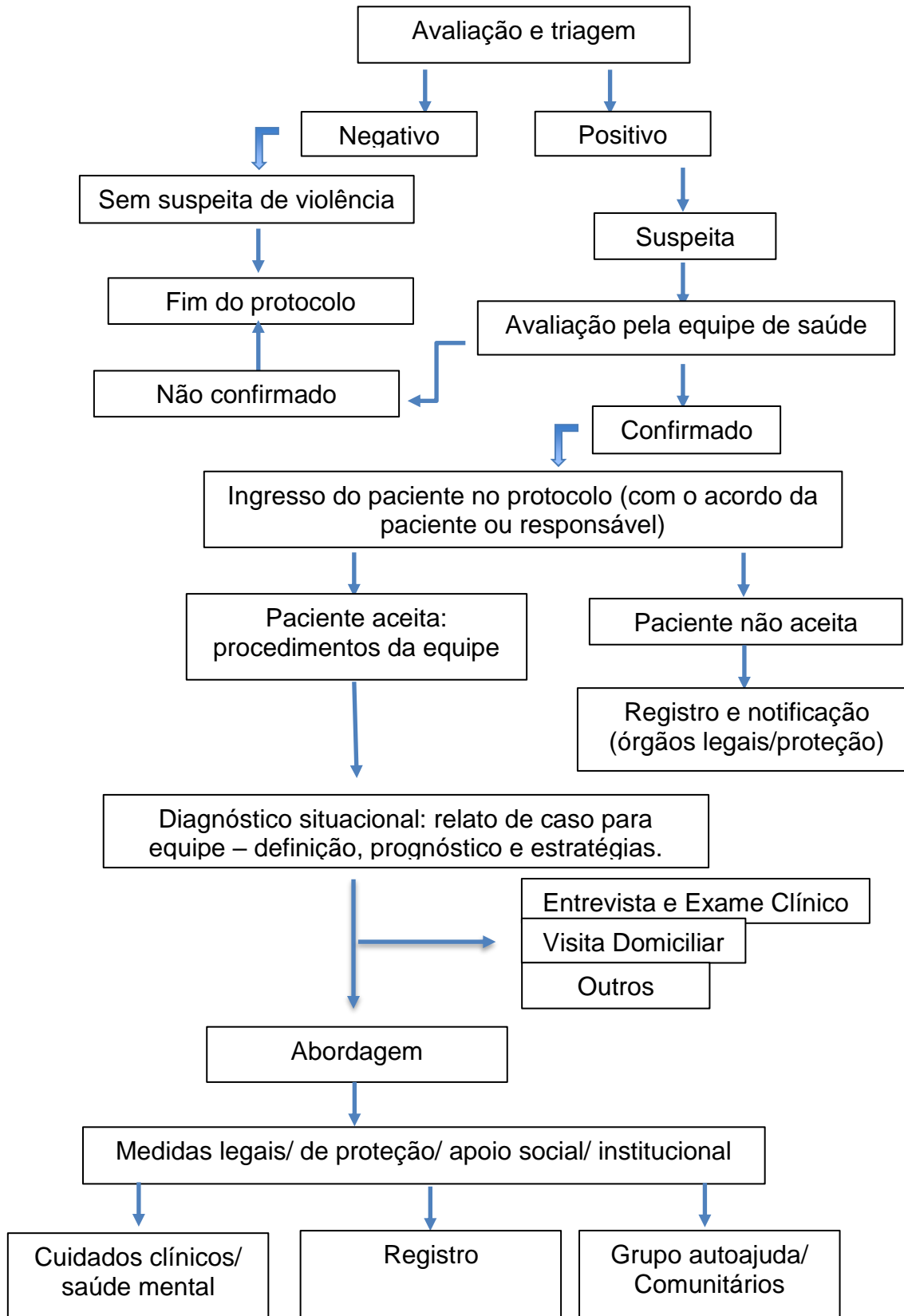
É responsabilidade do profissional de saúde atentar-se à possibilidade de situações de violência no núcleo familiar. Se aproximar da vítima ou dos membros para facilitar a abertura de diálogo, realizar visitas domiciliares, perguntar de maneira direta ou indireta quanto às situações são abordagens eficazes para o diagnóstico. (Ministério da Saúde, 2001).

É também trabalho da Equipe de Saúde da Família oferecer suporte e orientações quanto à situação vivenciada e caminhos opcionais para que a família possa tomar a decisão que lhe seja mais adequada, respeitando o tempo e processo de cada um. Esse suporte inclui rede de serviços especializados (saúde, social, de segurança e justiça) e da comunidade (associação de moradores, grupo de mulheres, grupos religiosos). Não se deve agir sozinho a fim de se evitar riscos maiores. (Ministério da Saúde, 2001)

Dentro da equipe, cada profissional deve atuar de acordo com a sua experiência, conhecimento e vivência acumulados, criando mecanismos para melhor atuação possível dentro do caso. Segundo Fluxograma apresentado pelo Ministério

da Saúde, no Caderno de Violência Intradomiciliar, pode-se notar as condutas frente aos casos de violência na Atenção Primária:

Fluxograma 1 - Condutas frente aos casos de violência na APS:



Fonte: Ministério da Saúde, 2001

Os profissionais de saúde precisam saber do impacto que os casos de violência causam em si, pela atuação e envolvimento diário. É necessário ter tempo para discussão sobre o caso, sensibilização e capacitação para o manejo dos sentimentos e reações perante tal. (Ministério da Saúde, 2001)

Outra ferramenta importante para a abordagem de casos de violência e vulnerabilidade na Unidade Básica de Saúde da Família é o Plano Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um plano de abordagem, conjunto de condutas terapêuticas para um sujeito individual ou coletivo (família ou território) em atuação multiprofissional, se necessário com apoio matricial, seja da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) ou de outro serviço referência. O PTS geralmente se dedica aos casos mais complexos e é composto por quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação da equipe. (Ministério da Saúde, 2007)

8.5. Abordagem a violência infantil e do adolescente

A violência contra a criança se manifesta em diversos aspectos clínicos, sendo um único sintoma não suficiente para fechar o diagnóstico. É sempre necessário correlacionar com demais membros da família, história do caso e sinais. É necessário um olhar atento da ESF e que todos os profissionais atuantes estejam preparados para tal. (Ministério da Saúde, 2001)

8.5.1 Manifestações Clínicas:

Segundo o Caderno de Violência Intradomiciliar do Ministério da Saúde, existem algumas manifestações clínicas, de acordo com os sistemas avaliados, que são importantes para avaliação de casos de violência infantil. São elas:

- 1) Transtornos de pele e mucosas: contusões e abrasões, principalmente na face, lábios, nádegas, braços e dorso; lesões que reproduzem o objeto agressor (fivela de cinto, dedos, mordeduras); equimoses e hematomas no tronco, dorso, face; alopecia por arrancamento de cabelo; queimaduras no dorso e genitais

- (pode ser com cigarros, por exemplo); lesões endobuciais por laceração de freio de língua por tentativa forçada de introdução de objetos ou alimentos; síndrome da orelha de lata (equimose unilateral, edema cerebral ipsilateral e hemorragia retiniana); *fascies* de boxeador (traumatismo craniano). (Ministério da Saúde, 2001)
- 2) Transtornos musculoesqueléticos: fraturas múltiplas (ossos longos em diferentes estágios de consolidação, secundárias à torção com sacudidas violentas, com rápida aceleração e desaceleração); fraturas de costela em menores de dois anos; fraturas de crânio ou traumatismo craniano por sacudidas violentas (síndrome do bebê sacudido), acompanhadas de hematoma cerebral, edema cerebral e hemorragia retiniana; hematoma subperiosteal de diferentes estágios (síndrome da criança espancada). (Ministério da Saúde, 2001)
 - 3) Transtornos viscerais: ruptura subcapsular de rim e baço, trauma hepático ou mesentérico que necessite intervenção cirúrgica de urgência. (Ministério da Saúde, 2001)
 - 4) Transtornos genito-urinários: lesões na área genital e períneo: observar presença de dor, sangramento, infecções, corrimento, hematomas, cicatrizes, irritações, erosões, assaduras, fissuras anais, hemorróidas, pregas anais rotas ou afrouxamento do esfíncter anal, diminuição do tecido ou ausência himenal, enurese, encoprese, infecções urinárias de repetição sem etiologia definida. (Ministério da Saúde, 2001)
 - 5) Transtornos psicológicos: aversão ao contato físico, apatia ou avidez afetiva; retardo psicomotor sem etiologia que melhora quando se separa dos familiares; transtorno do sono ou da alimentação; episódios de medo e pânico; isolamento, depressão, agressividade, irritabilidade, choro fácil sem motivo aparente, interesse precoce em brincadeiras sexuais, comportamento regressivo, autodestrutivo, submisso, desenho ou brincadeiras que retratam violência; fugas, mentiras, furtos, fadiga, baixa autoestima, aversão a qualquer brincadeira de conotação sexual. (Ministério da Saúde, 2001)

- 6) Outras manifestações: retardo de crescimento e ganho ponderal, intoxicação por medicações como anti-histamínicos ou sedativos, síndrome de Münchausen por procuração (simulada pelos responsáveis). (Ministério da Saúde, 2001)

8.5.2 Diagnóstico

Geralmente a criança é trazida para atendimento pela Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde da Família por queixas como falha no desenvolvimento, desnutrição, obesidade, hipersensibilidade, personalidade retraída, problemas na escola ou dificuldade psicológicas. Deve-se, sempre, como profissional na ESF, se perguntar: (Ministério da Saúde, 2001)

1. A lesão está de acordo com o que está sendo relatado?
2. Ela realmente pode ter ocorrido desta forma?
3. A relação temporal está correta?
4. Poderia ter sido provocada por violência intencional?
5. A postura da família está adequada com a gravidade do ocorrido?
6. Houve retardo na busca de auxílio?
7. Existem dados contraditórios na história da lesão?
8. Existe história anterior semelhante?

É sempre importante se lembrar dos diagnósticos diferenciais pertinentes ao caso. Logo, é de suma importância a atenção ao caso e todas as coletas de informações são importantes, até mesmo dentro da comunidade, como relatos da escola, da vizinhança, dos conviventes e a observação sobre o funcionamento do núcleo familiar. Sempre, dentro da coleta de informações, é muito importante manter o sigilo do paciente e evitar conversas inoportunas fora da equipe responsável. (Ministério da Saúde, 2001)

Algumas posturas devem ser rapidamente evitadas, como perguntar diretamente para os pais se foram responsáveis pelo ocorrido, insistir em confrontar dados duvidosos, confrontar os responsáveis com o relato trazidos pela criança, com risco de quebra de vínculo, demonstrar seus sentimentos frente à situação ou assumir uma postura de policial ou detetive, sendo os profissionais da ESF breves relatores dos acontecimentos. (Ministério da Saúde, 2001)

É necessário também salientar sobre a Lei nº 13.431 que estabelece o sistema de garantia de direitos das crianças e adolescentes vítimas de violência ou testemunhas de violência. Ela torna o processo de revitimização crime, sendo este praticado pela instituição quando submete a vítima a procedimentos desnecessários, invasivos, repetitivos e que levam a mesma a reviver as situações de violência, gerando sofrimento, estigmatização ou exposição da sua imagem. (Lei nº 13431,2017)

8.5.3 Abordagem terapêutica

A abordagem aos casos de violência com a criança e adolescente deve ser sempre multidisciplinar, contando com o apoio da Assistência Social da UBSF, Coordenadoria da Infância e Juventude e Conselho Tutelar. O encaminhamento para hospitalização da criança deve ser criteriosamente decidido pela Equipe de Saúde da Família, particularizando cada caso. A hospitalização é indicada em casos de risco de homicídio ou risco à vida, gravidade do quadro clínico (indicação clínica e psicossocial) e a inexistência de outros recursos para que haja novos episódios de violência, com a necessidade urgente da retirada da criança do ambiente violento. (Ministério da Saúde, 2001)

As medidas gerais consistem em avaliar o risco da criança e do adolescente mediante a dinâmica familiar e o risco de repetição do abusador, atendimento multidisciplinar, denúncia à autoridade judicial para interrupção do ciclo de violência, tratamento médico das lesões físicas, carências nutricionais e demais patologias associadas (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e o acompanhamento familiar consistente por todos os processos. (Ministério da Saúde, 2001)

As medidas legais cabíveis aos casos de violência consistem em encaminhamento do laudo à Coordenadoria da Infância e Juventude e ao Conselho

Tutelar, sendo feito preferencialmente pela direção da Unidade de Saúde da Família, sem exposição pessoal dos profissionais. O acompanhamento do caso deve permanecer mesmo após tomar medidas legais, por toda Equipe de Saúde da Família. (Ministério da Saúde, 2001)

8.6 Abordagem à violência contra a mulher

As mulheres que sofrem violência procuram o serviço de saúde com uma frequência maior. São vistas em maior parte como poliqueixosas, por terem sintomas inespecíficos, crônicas e sem alterações nos exames que expliquem os mesmos. (Ministério da Saúde, 2001)

8.6.1 Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas da mulher que sofre violência são diversas, podendo ser aguda, crônica, psicológica, física ou sociais. As lesões físicas agudas são relacionadas ao uso de armas, socos, empurrões, sacudidas, tentativas de estrangulamento ou queimaduras. Elas podem se manifestar como hematomas, inflamações, contusões em várias partes do corpo, sendo necessário correlacionar a história ao exame físico, com muita cautela e acolhimento. (Ministério da Saúde, 2001)

As manifestações presentes na agressão sexual podem se dar em lesões nas mucosas oral, genital e anal, envolvendo inflamação, irritação, arranhão e edema, chegando até mesmo em rupturas ou perfurações. As infecções sexualmente transmissíveis, gravidez, corrimentos ou infecções urinárias podem se manifestar depois da ocorrência, demonstrando a necessidade da longitudinalidade do acompanhamento da paciente. (Ministério da Saúde, 2001)

Os sintomas psicossomáticos são em geral dados por irritabilidade, insônia, pesadelos, falta de concentração em decorrência do estresse pós-traumático. Psicologicamente pode haver o desencadeamento de síndrome do pânico, ansiedade, medo, confusão, estado de choque logo após a agressão (pode durar horas ou dias), sentimento de inferioridade, culpa, comportamento autodestrutivo, tentativa de suicídio etc. (Ministério da Saúde, 2001)

8.6.2 Diagnóstico

Os sintomas da violência podem ser inespecíficos, devendo sempre o profissional de saúde investigar sobre a história de vida da mulher, pois a maior parte delas irá conversar abertamente sobre a situação de violência quando perguntadas. Mediar os sintomas sem investigação poderá manter o problema oculto. A abertura para um diálogo aberto irá facilitar o canal de ajuda para essa mulher, sendo que a abordagem com perguntas abertas mais efetivar. (Ministério da Saúde, 2001)

Um recurso importante para o diagnóstico da violência e o estado de gravidade é a visita domiciliar, devendo a mesma ser realizada com segurança pela Equipe de Saúde da Família. (Ministério da Saúde, 2001)

8.6.3 Abordagem terapêutica

A abordagem multiprofissional se torna de extrema importância nos casos de violência contra a mulher. É importante que a mulher seja orientada quanto ao ciclo da violência e a situação que se encontra, contado com o apoio do acompanhamento da saúde mental da Equipe de Saúde da Família, para melhores resultados a longo prazo. O apoio comunitário também deve ser oferecido para essa mulher. (Ministério da Saúde, 2001)

São expostos doze passos de abordagem pelo Caderno de Violência Intradomiciliar para os casos de violência contra a mulher, que auxiliam no acompanhamento e nas abordagens dos casos. São eles:

- 1) Ter uma atitude acolhedora e de apoio às mulheres.
- 2) Primeiramente estabelecer um vínculo de confiança com a mulher em nível profissional individual e em nível institucional para após avaliar a situação da paciente. Avaliar questões relacionadas à violência, os riscos, os limites, as possibilidades, a rede de apoio e uma motivação para rompimento da relação.
- 3) Expor para a mulher as várias opções para lidar com a situação vivenciada, dando para ela autonomia, poder de escolha e fortalecendo a sua imagem.

- 4) Estabelecer para a paciente passos concretos e possíveis, encorajando a mesma a ter recursos e alternativas.
- 5) Explicar para a mulher dos passos para a procura de ajuda policial, informando dos passos após este, como o exame de corpo de delito, reforçando a importância de se fazer o mesmo.
- 6) Encaminhar, se aceito pela mulher, a mesma para os órgãos competentes, como a Delegacia da Mulher ou a Casa da Mulher Brasileira.
- 7) Reforçar a rede de apoio interinstitucional, estimulando o vínculo da paciente com diversas fontes de assistência.
- 8) Avaliar a gravidade e quadro clínico da mulher, e se necessário, encaminhar a mesma para atendimento clínico em serviço de referência.
- 9) Avaliar a motivação da mulher para quebra de relacionamento, e consequente ciclo da violência, e apoiá-la para o andamento do mesmo.
- 10) Conforme avaliação do relacionamento, encaminha o casal para acompanhamento psicológico e na presença de filhos, manter os vínculos parentais.
- 11) Encaminhar paciente para atendimento psicológico sempre.
- 12) Manter, em acompanhamento como Equipe de Saúde da Família, visitas domiciliares periódicas e acompanhamento do caso.

(Ministério da Saúde, 2001)

8.6.4 *Medidas específicas no caso de violência sexual*

As primeiras 72 horas após o episódio de estupro contra a mulher são importantes para medidas de profilaxias para ISTs e prevenção de gravidez. A anticoncepção de emergência (ACE) deve ser iniciada até 72 horas após o coito, devendo ser realizada pelo método Yuzpe, consistindo na administração oral de pílulas combinadas (estrogênio e progesterona) ou progestágenos puros, conforme tabela 2, exposta no Caderno de Violência: (Ministério da Saúde, 2001⁸)

Tabela 2 - Anticoncepção de Emergência

Nome Comercial	Modo de Usar	Dosagem Hormonal
Postinor, Pilen, Pozato, Norlevo	1 comprimido de 12/12h (duas doses, dois comprimidos)	Levonorgestrel 0,75 mg
Evanor e Neovlar	2 comprimidos de 12 em 12 horas (duas doses, quatro comprimidos)	Levonorgestrel + Etinilestradiol 0,25mg + 0,05mg
Anfertil e Primovlar	2 comprimidos de 12 em 12 horas (duas doses, quatro comprimidos)	Diinorgestrel + Etinilestradiol 0,50mg + 0,05mg
Nordette, Microvlar e Ciclo 21	4 comprimidos de 12 em 12 horas (duas doses, oito comprimidos)	Levonorgestrel + Etinilestradiol 0,15mg + 0,03mg

Fonte: Ministério da Saúde; Caderno de Violência Intradomiciliar, 2001

Caso o estupro resulte ainda em uma gravidez não desejada, a mulher tem o direito concebido no art. 128 do Código Penal Brasileiro, do aborto legal. A mesma deverá ser encaminhada para a Unidade de referência do serviço e, sempre que possível, é aconselhado que seja acompanhada por um profissional da Equipe de Saúde da Família. (Ministério da Saúde, 2001)

A quimioprofilaxia para infecções sexualmente transmissíveis deve ser avaliada de maneira minuciosa (Tabela 3). Os procedimentos recomendados são:

- a) Examinar a genitália externa e região anal, separar os lábios vaginais e visualizar o intróito vaginal.
- b) Introduzir o espécuro para examinar a vagina, suas paredes, o fundo do saco e o colo do útero. Inspeccionar períneo e ânus.
- c) Colher material para análise bacterioscópica, quando houver esse apoio.
- d) Colher material para análise de gonococo e clamídia, quando houver esse apoio.
- e) Coleta imediata de sangue para sorologia de sífilis (VDRL) e HIV. Se disponível, use testes rápidos. Os exames devem ser repetidos dentro de 30 dias para sífilis e três a seis meses para HIV. (Ministério da Saúde, 2001)

Tabela 3 - Quimioprofilaxia para IST's

DST	Quimioprofilaxia	Observações
Sífilis (<i>Treponema pallidum</i>)	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões de UI, via IM, em dose única (1,2 milhões UI em cada nádega).	Explicar sobre a importância da realização do VDRL.
Cancro mole (<i>Haemophilus ducreyi</i>) e infecção por <i>Chlamydia trachomatis</i>	Azitromicina 1g, VO, dose única	Em gestantes e lactantes usar Amoxicilina 500mg, VO, de 8 em 8 horas, por 7 dias.
Gonorréia (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	Ofloxacina 400mg, VO, dose única	É contraindicada em gestantes, lactantes e menores de 18 anos. Deve-se utilizar Cefixima 400mg, VO, dose única.
Tricomoniase (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	Metronidazol 2g, VO, dose única	Em gestantes não se recomenda tratamento quimioprolático se no primeiro trimestre. As lactantes devem suspender a amamentação por 24 horas, devendo fazer retirada e armazenamento prévio do leite para garantir a nutrição do bebê.

Fonte: Ministério da Saúde; Caderno de Violência Intradomiciliar, 2001

As imunoprofilaxias para hepatite B e A com imunoglobulinas devem ser realizadas no serviço de referência, não disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde. A vacina pode ser realizada na Unidade de Saúde, sendo a B realizada apenas se não houver sido feita anteriormente no prazo de 10 anos, no esquema de 3 doses [0 1,0 ml para adultos (na região deltóide) e de 0,5 ml para crianças menores de 12 anos (na região do vasto lateral da coxa), via intramuscular] e a A, de vírus inativado, em duas doses. (Ministério da Saúde, 2001)

A profilaxia para exposição do vírus HIV deve ser feita após avaliação minuciosa do tempo do ocorrido, grau de risco do acontecimento e aconselhamento, sendo realizada através de protocolo específico do Ministério da Saúde (disponível no site www.aids.gov.br) e em serviços de referência ao atendimento à mulher violentada. (Ministério da Saúde, 2001)

8.6.5 A Casa da Mulher Brasileira - Campo Grande/MS

A Casa da Mulher Brasileira no município de Campo Grande/MS foi a primeira a ser inaugurada no Brasil, no dia 3 de fevereiro de 2015, com atendimento em tempo integral, humanizado e especializado para as mulheres vítimas de violência. No Brasil

há mais 5 unidades em funcionamento, sendo em São Luís (MA), Curitiba (PR), Fortaleza (CE), São Paulo (SP) e Boa Vista (RR). (ONU Mulheres, 2021)

A partir do início do funcionamento da Casa da Mulher Brasileira em Campo Grande, as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) iniciaram o funcionamento em tempo integral, inclusive em feriados e finais de semana. Também há o funcionamento da primeira vara Especializada em Medidas Protetivas e Execução de Penas do País, inaugurada em 9 de março de 2015, garantindo a presença do Poder Judiciário dentro da Casa da Mulher Brasileira, com objetivo de garantir as medidas protetivas de dentro da casa. (ONU Mulheres, 2021)

A gestão da Casa da Mulher Brasileira é compartilhada entre governo federal, estadual e municipal, ficando a administração sob responsabilidade da Prefeitura Municipal, através da Subsecretária Municipal de Políticas para Mulheres (SEMU). (ONU Mulheres, 2021)

Lembrando que é um espaço integrado dos serviços especializados ao atendimento das mulheres vítimas de violência, contando com: acolhimento e triagem, apoio psicossocial, delegacia, Juizado, Ministério Público, Defensoria Pública, promoção de autonomia econômica, cuidado para as crianças (brinquedoteca), alojamento de passagem e central de transportes. (ONU Mulheres, 2021)

O serviço de acolhimento e triagem inicia o processo de vínculo com a pessoa, agiliza os encaminhamentos e aciona os serviços necessários em cada caso. A equipe multiprofissional presta atendimento psicossocial de maneira contínua, auxiliando as mulheres que sofreram violência a recuperar a autoestima, autonomia e superar o trauma vivido. (ONU Mulheres, 2021)

A DEAM é a unidade da Polícia Civil que presta atendimentos de prevenção, proteção e investigação dos crimes relacionados. Os juizados/varas especializadas são responsáveis por julgar, processar e executar os casos, conforme lei Maria da Penha. A Promotoria Especializada do Ministério Público é responsável por promover a ação penal nos crimes e fiscalizar os serviços prestados na rede de atendimento. (ONU Mulheres, 2021)

O Núcleo Especializado da Defensoria Pública é capaz de orientar as mulheres sobre seus direitos civis, prestar serviços de assistência jurídica e acompanhar todo

processo judicial dos casos. A promoção de autonomia econômica tem por finalidade por meio da educação financeira, qualificação profissional e inserção da mulher no mercado de trabalho ser uma das “portas de saída” para as situações de violência. Mulheres sem condições de sustento próprio e/ou dos seus filhos podem solicitar inclusão em programas de assistência e inclusão social dos governos federais, estaduais e municipais. (ONU Mulheres, 2021)

O serviço da central de transporte garante às mulheres o deslocamento entre os demais serviços da Rede de Atendimento como saúde, centros de assistência social (CRAS e CREAS), medicina legal e abrigo. O cuidado com as crianças acolhe as crianças de 0 a 12 anos enquanto ocorre o atendimento. O espaço de abrigo de curto período das mulheres funciona por até 24h, para aquelas que corram risco iminente de morte e estejam ou não acompanhadas pelos seus filhos. (ONU Mulheres, 2021)

Os serviços de saúde presentes dentro da Casa da Mulher Brasileira atuam para atender as mulheres em situação de violência, dando auxílio em casos de violência física, sexual (contracepção, prevenção de ISTs) e apoio médico e psicossocial. (ONU Mulheres, 2021)

8.7 Abordagem à violência contra o idoso

A população idosa se torna vulnerável à violência intrafamiliar à medida que a sua dependência do cuidador aumenta, seja ela física ou emocional. Não tem muito tempo que a violência contra o idoso foi considerada como violência doméstica, sendo a mesma subnotificada. (Ministério da Saúde, 2001)

Desta forma, é notado um despreparo dos profissionais de saúde para identificar e encaminhar essas situações - apesar de ser uma causa importante de morbimortalidade e manifestada em diversas formas: emocional, física, financeira, sexual, negligência, abandono. (Ministério da Saúde, 2001)

8.7.1 Manifestações Clínicas

Como os demais tipos de violência intradomiciliar, grande parte dos idosos não procuram a Unidade de Saúde de maneira objetiva. Deve-se suspeitar de violência contra o idoso em casos de:

- a) Abuso físico: contusões, queimaduras ou ferimentos inexplicáveis, em formatos diferentes, alopecia traumática e edema de couro cabeludo.
- b) Abuso psicológico: comportamentos bizarros (chupar o dedo, embalar-se), transtornos neuróticos ou de conduta.
- c) Abuso sexual: lesões, pruridos, sangramento, dor anal ou genital e ISTs.
- d) Negligência: desidratação, desnutrição, higiene precária, vestuário inadequado para o clima, escaras, assaduras, escoriações e impactação fecal.
- e) Abuso financeiro: necessidades e direitos não atendidos (compra de medicações e alimentação) em detrimento do uso do recurso financeiro por terceiros da família.
- f) Gerais: abandono ou ausência do cuidador por longos períodos, atividades perigosas realizadas sem auxílio do cuidador, demanda elevada de uso dos serviços de saúde, problemas na administração das medicações, ansiedade dos cuidadores durante as visitas domiciliares, divergência entre as histórias contadas etc. (Ministério da Saúde, 2001)

Deve-se ter atenção para quesitos referentes ao cuidador, como: pouco conhecimento quanto ao estado de saúde ou medicações em uso do idoso, histórico de agressividade, problemas mentais, preocupação excessiva com custo alto dos tratamentos, resistência a aproximação da equipe de saúde, depressão, abuso de drogas ou álcool, respostas vagas, relutância, relacionamento indiferente. (Ministério da Saúde, 2001)

Os idosos que apresentam medo do cuidador, relacionamento indiferente, respostas vagas e depressão são mais propensos a estarem em situação de violência. (Ministério da Saúde, 2001)

8.7.2 Diagnóstico

A abordagem ao idoso na suspeita de violência intradomiciliar deve ser favorecendo o diálogo e observação cuidadosa de sinais e sintomas, uma vez que o isolamento dos mesmos os leva a não querer falar sobre o assunto, ou até mesmo ignorar pois seus cuidadores muitas vezes são pessoas próximas. (Ministério da Saúde, 2001)

Segunda Caderno de Violência Intradomiciliar, algumas perguntas podem ser pertinentes nesse caso. São elas:

- a) Violência física: Você tem medo de alguém em casa? Você tem sido agredido fisicamente? Você tem sido amarrado ou trancado no quarto?
- b) Violência psicológica: Sua família conversa com você em qual frequência? Você participa da vida familiar, tem notícias e informações? Você é punido ou tem privações? Você é obrigado a comer? Se você discordar de alguém, o que acontece? Você já foi institucionalizado sem querer?
- c) Violência sexual: Você se sente respeitado em sua intimidade e privacidade? Você já se sentiu constrangido por carícias ou toques no corpo? Quer falar sobre esse assunto?
- d) Negligência: Você está precisando de óculos, aparelho auditivo ou dentadura? Você fica sozinho por longos períodos e/ou se sente seguro em casa? Você tem ajuda sempre que precisa?
- e) Violência financeira: Você administra o dinheiro que recebe conforme a sua necessidade? O seu dinheiro já foi utilizado para outros fins sem a sua autorização? (Ministério da Saúde, 2001)

O ideal é que o idoso e os seus responsáveis sejam entrevistados separadamente. Perguntas quanto às questões econômicas, história do idoso e participação dele na formação do cuidador são de extrema importância para compreensão do caso. (Ministério da Saúde, 2001)

A entrevista ao cuidador pede uma postura firme, porém empática. Colocar-se a entender as dificuldades que permeiam o cuidado, situações que envolvem o caso

e escuta acolhedora, e não julgadora, aumentar as chances de bom vínculo e boa orientação. (Ministério da Saúde, 2001)

8.7.3 Abordagem terapêutica

O objetivo principal na abordagem é permitir melhor qualidade de vida ao idoso. Deve-se ter esforço para preservação do espaço e vínculos familiares, sempre que possível. (Ministério da Saúde, 2001)

Caso haja suspeita de maus tratos, o bem-estar do idoso deve ser prioridade, porém sempre respeitando a sua autonomia (conforme possível). A hospitalização, ou apoio de casas de abrigo, podem se fazer necessárias em casos de alto risco. Dessa forma, se torna necessário o acompanhamento rigoroso e o acionamento de entidades públicas no caso, como a Assistência Social da Unidade de Saúde da Família ou o CRAS da região (Centro de Referência de Assistência Social) para acompanhamento conjunto. (Ministério da Saúde, 2001)

Para melhor avaliação e elaboração de ações em conjunto para os cuidados do idoso uma ferramenta importante que deve ser utilizada pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família é a visita domiciliar. Nestas é possível avaliar melhor condições que no consultório não se consegue, como a real autonomia, condições do cuidador, condições da moradia, entre outros. As orientações pertinentes devem incluir, segundo Caderno de Violência Intradomiciliar:

- a) higiene e sono do idoso;
- b) necessidades dietéticas, inclusive para os que se alimentam por sondas;
- c) necessidades psicológicas e emocionais do idoso;
- d) orientações e treinamentos para manejos domiciliares como curativos, injeções, manuseio da sonda, etc.
- e) técnicas de relaxamento para o idoso e para o cuidador;
- f) orientações quanto direitos previdenciários e demais para idosos;
- g) cuidados com as patologias crônicas do idoso;

- h) organização das medicações administradas diariamente;
- i) telefones úteis para casos de emergências. (Ministério da Saúde, 2001)

É importante se atentar a carga do cuidado do idoso sobre o cuidador, especialmente se essa cai apenas em um membro familiar. Conversar sobre divisões de tarefas pode ser eficaz. Quando as dificuldades de cuidado vêm de problemas psiquiátricos ou de personalidade do cuidador, a separação pode ser a única solução. (Ministério da Saúde, 2001)

8.7.4 *Prevenindo acidentes domésticos*

Algumas orientações podem ser dadas ao cuidador a fim de preservar a autonomia do idoso e facilitar os trabalhos diários perante os cuidados. Segundo o Caderno de Violência Intradomiciliar do Ministério da Saúde, algumas adaptações podem ser tomadas e orientações e cuidados para quem presta o cuidado podem ser realizadas. São elas:

- a) Na mudança de degraus colar fitas adesivas coloridas ou com mudança de textura para sinalização.
- b) Para acamados, utilizar almofadas especiais para prevenção de escaras, assim como mudança nas posições.
- c) Para idosos com dificuldades motoras ou sensoriais, alterar o cabo de talheres, copos e pratos, engrossando os mesmos e facilitando a utilização diária.
- d) Colocar rodas em pequenas poltronas para auxiliar na locomoção do idoso.
- e) Perto dos locais de permanência do idoso, providenciar apoio, como em camas, cadeiras, local de banho.
- f) No banheiro, próximo ao vaso sanitário ou ao chuveiro, providenciar uso de antiderrapantes e barras de seguranças, evitando quedas.
- g) Realizar a elevação do vaso sanitário.

- h) Providenciar um apoio próximo à pia do banheiro, para facilitar nas atividades diárias de higiene (escovar os dentes, lavar o rosto, pentear-se, barbear-se).
- i) Se necessário, utilize uma cadeira de banho para auxílio.
- j) Inclinar levemente o espelho do banheiro.
- k) Se necessário, utilizar apoios para deambulação, como bengalas. (Ministério da Saúde, 2001)

As orientações aos cuidadores pertinentes, segundo Caderno do Ministério de Saúde são:

- a) Manter os locais de circulação bem iluminados.
- b) Manter fios elétricos ou eletrodomésticos fora dos locais de trânsito dentro de casa.
- c) Fixar os tapetes ao chão.
- d) Ter móveis estáveis em casa, sem risco de tombar.
- e) Evitar mudanças na mobília e nos itens pessoais do idoso.
- f) Ter o telefone em fácil local de acesso para eventuais emergências, com números anotados.
- g) Usar sapatos estáveis e fáceis de se calçar.
- h) Manter os utensílios mais utilizados pelo idoso em locais de fácil acesso.
- i) Troca de fogão a gás por fogão elétrico é mais seguro.
- j) Manter papel higiênico em frente ao sanitário, evitando a rotação do tronco. (Ministério da Saúde, 2001)

8.8 Abordagem à violência contra pessoas portadoras de deficiências

As pessoas portadoras de deficiência muitas vezes começam a ser violentadas dentro da própria família. Uma forma de segregação e negação ao problema é isolar a pessoa do convívio externo. Há ainda a contenção de pessoas com distúrbios de comportamento (hiperatividade, autismo, etc) em quartos sem estímulos, ou até mesmo a administração exagerada de medicação ou drogas. É comum nesse meio violência financeira, abuso medicamentoso e a violação civil (Ministério da Saúde, 2001)

8.8.1 Abordagem

É importante ter uma abordagem ampla à família de portadores de deficiência. A atitude da Equipe de Saúde é fundamental para auxiliar na inclusão dessa pessoa na sociedade, fornecendo orientações e prevenindo situações de violência. A visita domiciliar é uma maneira de avaliação constante da situação familiar e de prevenção às situações de violência. (Ministério da Saúde, 2001)

Se alguma forma de violência for diagnosticada pela Equipe de Saúde as instâncias superiores (Conselho Tutelar ou Ministério Público) devem ser acionadas. (Ministério da Saúde, 2001)

8.8.2 Medidas Preventivas

Segundo o Caderno de Violência Intradomiciliar, algumas medidas podem ser preventivas para evitar a ocorrência de violência contra as pessoas com deficiência. São elas:

- a) Estimular a inclusão da pessoa com deficiência nas atividades diárias e cotidiano da família.
- b) Lembrar a família que os portadores de deficiência necessitam de direitos básicos como contato com o sol, passeios de lazer e de se sentirem amados e apoiados.

- c) Adaptação do ambiente físico às necessidades dos portadores de deficiência.
- d) Atenção as famílias para situações de perigo para violência sexual. Não é recomendado que se deixe as pessoas com deficiência, a depender de cada caso específico, muito tempo a sós com pessoas estranhas.
- e) Não contar histórias ou colocar medos exagerados como forma de castigos.
- f) Estimular os responsáveis a falar de maneira firme e gentil, dando ordens precisas e claras.
- g) Sempre orientar a não realizar e não deixar que façam comentários que possam ser humilhantes quanto situações constrangedoras.
- h) Em casos de pessoas com distúrbios de comportamento (hiperatividade, autismo), orientar a não expor as mesmas em situações agitadas e barulhentas, como festas sociais ou finais de campeonatos de esportes, por exemplo.
- i) Orientar a procurar ajuda aos vizinhos, amigos ou rede de apoio sempre que necessário. (Ministério da Saúde, 2001)

8.9 Principais benefícios sociais

É importante falar sobre benefícios sociais no contexto da saúde tendo em mente que saúde é reconhecida como objeto múltiplo e plural. Sendo assim, associamos que ela, ou até mesmo a sua ausência, está relacionada ao acesso ou negação aos benefícios sociais, sendo estes socioassistenciais ou previdenciários. (GUSSO, 2019).

A proteção social contributiva refere-se à previdência social. Esta é contributiva por ser paga durante o tempo de contribuição do cidadão e não se destina a toda a população, e sim aos filiados. São eles os trabalhadores de carteira assinada, os autônomos e os trabalhadores rurais que contribuem parcialmente com a previdência

social. Estão entre eles a aposentadoria, a pensão por morte e invalidez e o seguro-desemprego. (GUSSO, 2019).

A proteção social não contributiva se refere aos serviços e benefícios sociais independentes do pagamento antecipado ou no momento da atenção. A assistência social foi regulamentada como política pública de seguridade social pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), no ano de 1993, sendo de acordo com ela direito do cidadão e dever do Estado um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade para garantir as necessidades básicas. O SUAS (Sistema Único de Assistência Social) é quem organiza os serviços da Assistência Social no país, com suas bases de implantação firmadas em 2005. (GUSSO, 2019).

O SUAS organiza suas medidas de assistência em duas maneiras, a proteção social básica, destinada para a população a fim de prevenir situações de risco social e pessoal, e a proteção social especial, para a população que se encontra em situações de risco e tiveram seus direitos violados (abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, etc). (GUSSO, 2019).

Os benefícios sociais prestados pelo SUAS são divididos em duas modalidades, sendo o benefício da prestação continuada (BPC) da assistência social e os benefícios eventuais, conforme descrito nos quadros abaixo, conforme tabelas presentes no Tratado de Medicina de Família e Comunidade: (GUSSO, 2019).

Quadro 3 - Benefícios Sociais prestados pelo SUAS

Benefício	Público-Alvo	Critérios de acesso	Onde solicitar	Valor do benefício
Prestação Continuada (BPC)	- Idosos com 65 anos ou mais - Pessoas com deficiência em qualquer idade	Para ter direito é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor do que um quarto do salário-mínimo vigente	Agência da Previdência Social, mediante cadastro no Cad-Único no CRAS	Um salário mínimo vigente
Auxílio Natalidade	Mãe ou pai do bebê	Nascimento da criança Renda por pessoa do grupo familiar estabelecida pela legislação municipal (menor do que meio	CRAS/ SAS, ou equivalente.	Não possui valor fixo determinado, sendo definido pelo município.

		salário-mínimo vigente). É um benefício eventual não contributivo da assistência social, recebido em forma de pecúnia ou em bens de consumo.		
Auxílio por morte	Família	Renda por pessoa do grupo familiar estabelecida pela legislação municipal (menor do que meio salário-mínimo vigente).	CRAS/ SAS, ou equivalente.	Não possui valor fixo determinado, sendo definido pelo município.
Auxílio por vulnerabilidade temporária	Família	Pessoa ou família que enfrenta situações de risco, perdas ou danos à integridade e outras situações sociais que comprometam a sobrevivência, avaliadas pelo CRAS.	CRAS/ SAS, ou equivalente.	Não possui valor fixo determinado, sendo definido pelo município.
Auxílio por calamidade pública	Família	Pessoa ou família atingida por situações de calamidade pública. Visa a garantir os meios necessários à sobrevivência da família e do indivíduo, com o objetivo de assegurar dignidade e a reconstrução da autonomia das pessoas e famílias atingidas.	CRAS/ SAS, ou equivalente.	Não possui valor fixo determinado, sendo definido pelo município.

Fonte: GUSSO; Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019.

A previdência social é um direito social, previsto no art. 6º da Constituição Federal de 1988 entre os Direitos e Garantias Fundamentais, que garante renda não inferior ao salário-mínimo do trabalhador e sua família dentre as seguintes condições:

- a) cobertura dos eventos de doenças, invalidez, morte e idade avançada.
- b) Proteção à maternidade, especialmente à gestante;
- c) Proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;
- d) Salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;
- e) Pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes; (GUSSO, 2019⁴).

Lembrando que a previdência social é organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e filiação obrigatória. Segue abaixo tabela presente no Tratado de Medicina de Família e Comunidade, exemplificando os benefícios prestados:

Quadro 4 - Benefícios prestados pela Previdência Social

Benefício	Condições	Público-Alvo	Carência	Valor
Auxílio-doença	Incapacidade temporária para o trabalho	Os segurados obrigatórios e facultativos	12 contribuições (isenta em caso de acidente de trabalho ou doenças previstas em lei).	91% do Salário-Base
Auxílio-acidente	Sequela de acidente que reduza a capacidade para o trabalho	Empregado urbano/rural, empregado doméstico, trabalhador avulso (empresa) e segurado especial (trabalhador rural).	Sem carência	50% do Salário-Base
Auxílio-reclusão	- Segurado recluso - O último salário de contribuição do cidadão que foi preso deverá ser igual ou menor de \$1.292,43 - O assegurado não pode estar recebendo salário de	Dependentes do segurado do INSS preso em regime fechado ou semiaberto, durante o período de reclusão ou detenção.	Sem carência, mas exige a qualidade de segurado.	100% do valor da aposentadoria que receberia caso fosse aposentado por invalidez.

	empresa nem benefício do INSS			
Pensão por morte	Morte ou desaparecimento de segurado que tiver sua morte presumida declarada judicialmente.	Dependente(s) do segurado	Sem carência, mas exige a qualidade do segurado. Dependendo do número de contribuições e/ou idade do dependente, pode variar a duração do benefício	100% do valor da aposentadoria do segurado falecido ou da aposentadoria por invalidez a que teria direito. Se houver mais de um dependente, o valor é dividido em partes iguais.
Salário-família	<ul style="list-style-type: none"> - Ter filhos de qualquer condição com menos de 14 anos de idade, ou filho(s) inválido(s) de qualquer idade. - Ter remuneração mensal abaixo do valor limite para recebimento do salário-família (\$ 1.292,43), sendo que esse valor sofre alterações anuais. - Estar com caderneta de vacinação ou equivalente, dos dependentes de até 6 anos de idade, em dia e com apresentação anual. - Comprovar frequência escolar dos dependentes de 7 a 14 anos, semestralmente 	<ul style="list-style-type: none"> - Segurados empregados (inclusive o doméstico) - Aposentados por idade, invalidez ou por tempo de contribuição. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empregado, empregado doméstico, trabalhador avulso: isenta carência. - Contribuinte individual segurado e contribuinte facultativo: 10 contribuições mensais. - Segurado especial: 10 meses anteriores ao fato, de efetivo exercício de atividade rural, mesmo de forma descontínua. 	<ul style="list-style-type: none"> Dividido em duas cotas: - \$ 44,09 para segurado que recebe até \$ 859,88 - \$ 31,07 para segurados que recebem de \$ 859,89 a \$ 1.292,43
Salário-maternidade	<ul style="list-style-type: none"> - Estágio final a gravidez (28 dias antes até o parto) - Após o parto (inclusive natimorto) 	Todas(os) as(os) seguradas(os), inclusive as(os) desempregadas(os)	- ISENTAS: Segurada empregada de microempresa individual, empregada doméstica e trabalhadora	Empregada ou trabalhadora avulsa: valor de seu salário integral ou média dos últimos 6 meses.

	- Adoção de criança - Aborto não criminoso		avulsa (que estejam em atividade na data do afastamento, parto, adoção ou guarda com a mesma finalidade) - Carência de 10 meses: trabalhadora contribuinte individual, facultativa e segurada especial. - Desempregadas, é necessário comprovar a qualidade de segurada no INSS e, conforme o caso, cumprir carência de 10 meses trabalhados.	- Empregada doméstica: último salário de contribuição, limitado ao teto no INSS. - Contribuinte individual, facultativo e desempregada em período de graça: média dos últimos 12 salários de contribuição, limitado ao teto no INSS. - Segurado especial: um salário mínimo vigente
Aposentadoria por invalidez	Incapacidade permanente para o trabalho	Segurados obrigatórios e facultativos	Carência de 12 contribuições	100% do Salário-Base + 25% caso haja necessidade de auxílio permanente de outra pessoa
Aposentadoria por idade	- Trabalhador urbano: 65 anos de idade, se homem e 60 anos, se mulher. - Agricultor familiar, pescador artesanal, indígena etc.: 60 anos de idade se homem e 55 anos se mulher.	Todos os segurados	180 meses de contribuição	70% do valor do salário-base acrescido de 1% para cada grupo de 12 contribuições (cada ano completo de trabalho) até o limite de 100% do Salário-base.
Aposentadoria por tempo de contribuição	- 35 anos de contribuição, se homem, e 30 anos se mulher - Professores tem o tempo reduzido em 5 anos.	Todos os segurados	180 meses de contribuição	100% do Salário-base. No cálculo do salário-base é aplicado obrigatoriamente e o fator previdenciário.
Aposentadoria especial por	Segurado que trabalhou exposto a	- Segurado empregado	180 meses de contribuição	100% do Salário-base sem aplicação

tempo de contribuição	agentes nocivos à saúde, de forma contínua e ininterrupta, e que cumpriu 25, 20 ou 15 anos de contribuição.	- Contribuinte individual filiado a cooperativas de trabalho ou produção - Trabalhador avulso		do fator previdenciário.
-----------------------	---	--	--	--------------------------

Fonte: GUSSO; Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019.

8.10 Rede Intersectorial em Campo Grande/MS

Visando o trabalho intersectorial para aplicação e efetivação das condutas, abordagens e acompanhamentos retratados neste trabalho, segue tabela com o contato e endereço das principais redes de atendimento aos casos de violência e vulnerabilidade dentro do município de Campo Grande/MS, de rápido acesso para os profissionais de saúde e/ou pacientes.

Serviço	Horário de Funcionamento	Endereço	Telefone
Consultório de Rua (SESAU)	07 às 11h e das 13 às 17h	Rua Bahia, 280 – Centro.	(67) 2020-1550 ou (67) 992428268 (Beatriz)
CEAM – Centro Especializado de Atendimento à Mulher Cuña M'Barete	07h30 às 17h30	Rua Pedro Celestino, 437 – Centro.	0800-6711236 (agendamento psicossocial) ou (67)3361-7519
Casa da Mulher Brasileira	Aberto 24h	Rua Brasília, lote A, quadra 2, S/N – Jardim Ima.	(67) 2020-1300 (67) 2020-1301 (67) 2020-1306 (67) 2020-1333
U	Fechado temporariamente	Rua Jornalista Marcos Fernandes Hugo Rodrigues, S/N – Jardim Veraneio.	(67) 2020-6060
Conselho Tutelar – Região	07h30 às 11h e das 13h às 17h30	Rua São João Bosco, 49 –	(67) 2020-6100 (67) 2020-6104

Norte (2º Conselho Tutelar)		Monte Castelo.	(67) 98403-5485 (67) 98403-5786 (67) 98403-5981
Centro Pop – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua	Aberto 24h – realiza encaminhamento para as Unidades de Acolhimento Institucional de Famílias e Adultos (endereço e telefone sigilosos)	Rua Joel Dibo, 255 – Centro.	(67) 3314-4450
Centro de Referência Especializado de Assistência Social “Luiza Paurá Peres” – CREAS Norte	07h30 às 17h30	Rua São João Bosco, 49, Bairro Monte Castelo.	(67) 3314-7477
DEAM – Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher	Aberto 24h	Rua Brasília, S/N, lote A, quadra 2 – Jardim Ima.	(67) 2020-1319
D.E.P.C.A. – Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente	07h30 às 17h30	Rua Arlindo de Andrade, 145 – Amambaí.	(67) 3385-3465 (67) 3323-2500 (67) 3385-9275 (67) 3381-0360
DEAIJ – Delegacia Especializada de Atendimento à Infância e Juventude	Aberto 24h	Rua Soldado Pm. Reinaldo de Andrade, S/N – Tiradentes.	(67) 3318-9005

Ministério Público – 33ª PCJ (Infância e Juventude)	07h às 11h e das 13h às 18h	Rua da Paz, 134 – Centro.	(67) 3316-2820 (67) 3316-2821 Titular da Pasta: Dr. Nicolau Bacarji Junior.
Núcleo de Prevenção às Violências (SESAU)	07 às 11h e das 13 às 17h	Rua Bahia, 280 – Centro.	(67) 2020-1550 Email: npv.sesau@hotmail.com
SAS – Secretária Municipal de Assistência Social		Rua das Barbosas, 321 – Amambai.	(67) 3314-4482 Email: sas@sas.campogrande.ms.gov.br
3ª Vara da Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher	Aberta 24h	Rua Brasília, lote A, quadra 2, S/N – Jardim Ima.	(67) 3314-7601

Campo Grande ainda conta com a ferramenta on-line “Protetivas on-line”, onde vítimas de violência doméstica podem pedir medidas protetivas por meio eletrônicos, como tablets, celular, notebook ou computador. O serviço é realizado de forma simples e sem burocracia, através do site do Tribunal de Justiça do MS, com o preenchimento de um formulário simplificado para relato da violência, podendo anexar documentos e/ou fotos comprobatórias. O pedido é analisado em até 48 horas.

Segue QR Code para rápido acesso ao site e oportunidade de acesso aos pacientes:



9. CONCLUSÕES

Através das questões levantadas e discorridas na elaboração deste capítulo para o Manual do Residente de MFC, especificamente sobre abordagem às questões de violência e vulnerabilidade na Atenção Primária de Saúde, é possível perceber a importância da Unidade Básica de Saúde da Família como atuante principal no acolhimento e acompanhamento das famílias com histórico vulnerável e/ou violento.

Em suma maioria dos casos, a UBSF se torna porta de entrada da procura do paciente pelos serviços de saúde, e muitas vezes é o primeiro de todos necessários a ser visitado. Há também a importância das equipes de Saúde da Família dentro do território, ao diagnosticarem famílias propensas à violência, em realizarem o devido acompanhamento e se necessários encaminhamentos.

O vínculo desses pacientes com os profissionais se torna primordial, podendo através dele se desenvolver um bom trabalho e contribuir para que as situações experienciadas pelo usuário possam ter um rumo diferente ou melhoria da qualidade.

Por fim, é notório a necessidade do trabalho multidisciplinar nos casos de violência e vulnerabilidade do território e de condutas bem formuladas para que o melhor auxílio possa ser prestado para as famílias.

10. REFERÊNCIAS

(GUSSO, 2019): Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática / Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias; [coordenação editorial: Lêda Chaves Dias]. - 2.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2019.

(Lei nº 12381, 2010): Brasil, Presidência da República. Lei nº 12381, de 26 de agosto de 2010. Dispõe sobre a alienação parental e altera o art. 236 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em:

http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/Lei-12318_10-Alienacao-Parental.pdf

(Lei nº 13431,2017): Brasil, Presidência da República. Lei nº 13431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13431-4-abril-2017-784569-publicacaooriginal-152306-pl.html>

(Ministério da Saúde, 2001): Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço
1Secretaria de Políticas de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.: il. - (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) - (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf

(Ministério da Saúde, 2007): Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

(OMS/OPAS, 1991): Organização Pan-Americana da Saúde. Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas. Organização PanAmericana da Saúde. – Brasília, 2008. 174 p.: il. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/redes_portugues.pdf

(ONU Mulheres, 2021): Cartilha Casa da Mulher Brasileira, maio de 2021. ACNUR, ONU Mulheres e UNFPA. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2021/06/casa-da-mulher-brasileira-online.pdf>

(PNAB, 2017): BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

(PNPSR, 2018): Brasil. Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua [Internet]. Brasília, 2008 [capturado em 19 de outubro de 2022]. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPDH/POL%C3%8DTICA_NACIONAL_PARA_INCLUS%C3%83O_DA_pop_EM_SITUA%C3%87%C3%83O_DE_RUA_2008.pdf

(Portaria nº 122, 2011, Ministério da Saúde): Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011. [Internet]. Brasília, 2011 [capturado em 19 de outubro de 2022]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html.

(Rodrigues EAS, 2018): Rodrigues EAS, Tavares R, Melo VH, Silva JM, Melo EM [Internet]. RIO DE JANEIRO, V. 42, N. ESPECIAL 4, P. 55-66, DEZ 2018.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HLjWFM7fqNPWS6c5QvkQtyM/?format=pdf&lang=pt>

(Rosa CMM, 1999): Rosa CMM. Vidas de rua: destino de muitos [dissertação]. São Paulo: PUCSP; 1999.

(Savassi, 2012): Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. J Manag Prim Health Care [Internet]. 6º de janeiro de 2013 [citado 29º de novembro de 2022];3(2):179-85. Disponível em:

<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>

(SESAU, 2022): Prefeitura Municipal de Campo Grande. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria da Rede de Atenção Básica. Manual para Organização Processo de Trabalho na Atenção Primária à Saúde - versão 1. Campo Grande - MS, 2022.

(SES-DF, 2009): 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. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf