

Módulo

Eventos Agudos em Saúde Mental

PROVAB
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO
PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Agressão e Autoagressão

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sergio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Lúcio José Botelho

Coordenador do Curso de Capacitação Rodrigo Otávio Moretti-Pires

COMITÊ GESTOR

Coordenadora de Produção de Material Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de AVEA Antônio Fernando Boing

Coordenadora Acadêmica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

ASSESSORA PEDAGÓGICA

Marcia Regina Luz

AUTOR DO TEMA AGRESSÃO E AUTOAGRESSÃO

Murilo dos Santos Moscheta

REVISOR DE CONTEÚDO

Rodrigo Otávio Moretti-Pires

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA



PROVAB
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO
PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Módulo
Eventos Agudos em
Saúde Mental

Agressão e Autoagressão

FLORIANÓPOLIS
UFSC
2014

© 2014 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

ISBN – 978-85-8267-045-3

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074.

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Eventos Agudos em Saúde Mental.

Agressão e autoagressão [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Organizador: Murilo dos Santos Moscheta – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

21 p.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Ações Preventivas. – Avaliação Diagnóstica. – Diagnóstico Diferencial. – Abordagem Inicial. – Atendimento Sequencial. – Indicações de Encaminhamento e Monitoramento. – Cuidados Pós-Evento Agudo no Domicílio e na Comunidade.

ISBN: 978-85-8267-045-3

1. Saúde mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Agressão. I. UFSC. II. Moscheta, Murilo dos Santos. III. PROVAB. IV. Título.

CDU: 616.89

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional: Andreia Mara Fiala

Coordenação de Design Gráfico: Giovana Schuelter

Design Instrucional Master: Agnes Sanfelici

Design Instrucional: Patrícia Cella Azzolini

Revisão de Português: Barbara da Silveira Vieira, Flávia Goulart

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

EQUIPE DE PRODUÇÃO/ADAPTAÇÃO DO MATERIAL PARA O PROVAB

Coordenação Geral do Projeto: Elza Berger Salema Coelho

Coordenação de Produção: Marta Verdi

Assessoria Pedagógica: Márcia Regina Luz

Assessoria de Recursos Didáticos Interativos: Melisse Eich

Coordenação de Produção Caso clínico, Tomada de decisão e Moodleface: Maicon Hackenhaar de Araújo

Design Instrucional do Caso Clínico e Roteiro de Animação: Marcelo Capillé

Coordenação de Produção de Conteúdo Online, Epub e PDF: Giovana Schuelter

Design Gráfico: Cloé de Haro, Daiane Cristine de Melo, Fabricio Sawczen, Isabela Natividade

Web Design: Bruno Perotti, Hyago Goularte, Pedro Muller, Rafael Togo, Raphael Cordeiro

Design Instrucional: Soraya Falqueiro

Suporte Moodle: Tcharlies Schmitz

Validadores de Conteúdo: Ana Carolina Pieretti, André Petraglia Sassi, Erika Siqueira da Silva, Gustavo Portela

EQUIPE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

André Petraglia Sassi, Erika Siqueira da Silva, Mariana Alencar Sales, Suzzi Carmen de Souza Lopes.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
2. Ações Preventivas.....	9
3. Conceito.....	9
4. Classificação.....	10
4.1 Autoagressão e suicídio.....	10
4.2 Violência contra a mulher.....	10
4.3 Violência contra a criança e o adolescente.....	11
5. Avaliação Diagnóstica.....	12
6. Diagnóstico diferencial.....	12
7. Abordagem inicial.....	12
7.1 Autoagressão e suicídio	14
7.2 Violência contra a mulher	15
7.3 Violência contra a criança e o adolescente	17
8. Atendimento sequencial.....	19
9. Indicações de encaminhamento e monitoramento.....	19
10. Cuidados pós-Evento Agudo no domicílio e na Comunidade	20
11. Resumo da Unidade.....	20
Referências.....	21
Autor.....	23

APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

Olá, caro aluno!

A agressão e a autoagressão são fenômenos presentes entre as comunidades e que, apesar de sua importância, geram receio entre os profissionais a respeito dos limites e das possibilidades de intervenção. Portanto, esta unidade tem a intenção de instrumentalizá-lo para o cuidado desses Eventos Agudos.

Tenha um bom estudo!

A Coordenação.

Ementa da Unidade

Conceituação e definição das agressões e autoagressões. Prevenção e diagnóstico. Intervenção e manejo.

Objetivos de Aprendizagem

- Capacitar o profissional para o manejo dos usuários vítimas de agressão e de autoagressão, em nível de Atenção Básica.

Carga Horária

30 horas

1. INTRODUÇÃO

O impacto da agressão e da violência sobre a saúde é amplamente reconhecido pela literatura especializada. Com base nessa realidade, em 2001, o Ministério da Saúde, por meio da portaria GM/MS n. 737, publicou a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Neste documento, a saúde é considerada em seu sentido ampliado e se relaciona às questões de “[...] estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro.” (BRASIL, 2001, p. 3). Neste contexto, a violência é considerada como um problema de saúde pública relacionado com a construção da cidadania e da qualidade de vida da população, e que pode ser abordado pelos serviços de saúde por meio de suas estratégias de prevenção de doenças e agravos, promoção de saúde, assistência, recuperação e reabilitação. O documento destaca especialmente as implicações da violência para a saúde da mulher, do idoso, da criança e do adolescente, os agravos decorrentes de acidentes de trânsito e o suicídio.

Abordar o tema da agressão e da violência sem falar de suas determinações socioculturais comprometeria as possibilidades dos profissionais de saúde desenvolverem uma compreensão do fenômeno que fizesse justiça às suas múltiplas imbricações com a assistência à saúde. Além do mais, considerar os aspectos socioculturais presentes naquilo que chamamos de *manifestações de agressividade* permite uma ampliação de foco que introduz, desde o nível dos Eventos Agudos a necessária preocupação em produzir práticas de cuidado comprometidas com a integralidade.

A integralidade de que falamos aqui é, especificamente, aquela que se opõe à redução da pessoa ao organismo e à separação desta pessoa de seu contexto de vida. Trata-se, portanto, de considerar as agressões para além de sua expressão física em feridas e agravos e abordá-la como um produto cultural contextualizado.

Em geral, consideramos como agressivos aqueles comportamentos que se diferem de uma norma social. Esta norma regula aquilo que, em determinado local e tempo, entendemos como adequado ou inadequado, saudável ou prejudicial, bom ou mau, ético ou não ético. Assim, ela estabelece explícita e implicitamente como devemos viver e nos relacionar. É em relação a essa norma que podemos dizer que ofender verbalmente, machucar ou ferir o corpo de alguém é inaceitável e deve ser punido.

Essa norma social é continuamente transformada e, portanto, carrega as marcas históricas de um povo e seu contexto. Tratar uma pessoa negra como se fosse inferior, por exemplo, é considerado hoje um ato de discriminação que incorre em severas punições previstas em lei. Contudo, há duzentos anos, essa discriminação era não apenas socialmente sancionada como também legitimava o modo violento e agressivo com o qual os senhores se relacionavam com seus escravos. De modo semelhante, mulheres e crianças ocupavam, no século XIX, um lugar hierarquicamente inferior ao do homem adulto. O discurso social que produzimos hoje, preocupado com a igualdade e com o respeito aos seus direitos, é uma tentativa de modificar essa inferiorização e de combater a violência que, infelizmente, decorre dela. Enfim, aquilo que consideramos agressivo e violento em nossa cultura neste momento histórico é diferente das definições passadas e, certamente, diferente daquilo que produziremos como norma social no futuro.

Além disso, caracterizar determinado comportamento como agressivo nem sempre significa representá-lo de modo negativo. Nossa cultura também produz representações positivas da agressividade. Assim, esmurrar alguém pode ser um comportamento esperado e valorizado se o agressor estiver em uma arena de luta, ainda que os danos causados à *vítima* sejam semelhantes ou até mesmo mais graves do que aqueles resultantes de uma briga entre jovens na saída da escola. Além disso, utilizamos cotidianamente expressões que valorizam a agressividade, tais como *estratégia de mercado agressiva*, *política internacional agressiva* ou *tratamento agressivo*. Na polissemia dos discursos sociais, a agressividade pode estar associada à competitividade nas profissões, à expressão de virilidade e poder, ao êxito nos esportes, ao heroísmo e à sobrevivência, entre outros.

Portanto, uma abordagem complexa da agressividade deve considerar que nós, como sociedade, não apenas vigiamos, tentamos controlar e punimos as manifestações de agressividade, como também produzimos um conjunto de referências imaginárias que a sancionam, valorizam e estimulam.

Assim, compreender as agressões a partir de um referencial sociocultural significa reconhecer pelo menos duas de suas múltiplas faces. Primeiramente, as marcas da agressividade que são exibidas em um exame clínico, por exemplo, retratam uma violência que incidiu sobre um corpo individual produzindo uma lesão privada. Ao mesmo tempo, essas marcas reverberam um discurso tecido e multiplicado em um corpo social com prejuízos coletivos. Discursos e prejuízos relacionados, por exemplo, ao lugar da mulher em uma sociedade que privilegia o homem, ao lugar da criança, do adolescente e do idoso em uma sociedade que valoriza o adulto economicamente produtivo, e ao lugar das travestis e transexuais em uma sociedade que normatiza a heterossexualidade.

Para cada um destes (e de outros) grupos, a violência assumirá formas distintas e apresentará consequências diferentes. Por exemplo: se os homens sofrem mais violência que terminam em óbito (homicídios e suicídio), as mulheres, as crianças e os idosos sofrem agressões com menor impacto na mortalidade, mas que repercutem de forma importante na morbidade. Em um país que, infelizmente, destaca-se internacionalmente pelos altos índices de crimes homofóbicos, a população de gays, lésbicas, bissexuais e travestis (sobretudo as de travestis) está especialmente vulnerável à violência motivada pela intolerância e pelo preconceito - uma violência frequentemente letal, considerando-se que a racionalização que sustenta esses atos de discriminação é justamente aquela que destitui a humanidade do outro ou que, pelo menos, o concebe como um ser de segunda categoria. De modo semelhante, negros e índios têm sua saúde ameaçada pela discriminação, pela exclusão social e pela pauperização, todos legados de nossa história de abuso colonialista.

Discutir as especificidades da agressão e da violência para cada uma das diversas populações de um país tão diverso e desigual como o Brasil excederia os limites deste curso. Sendo assim, amparados pela literatura, selecionamos três eixos que consideramos de especial relevância: agressão contra mulheres; agressão contra crianças e adolescentes; e autoagressão ou suicídio.



Link

Para saber mais, consulte a Portaria GM/MS n. 737, de 16 de maio de 2001, que trata da **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. O documento está disponível no endereço: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n4/2545.pdf>>

2. AÇÕES PREVENTIVAS

A prevenção no campo das violências exige ações interssetoriais na medida em que este fenômeno acompanha a existência humana. Assim, para realizar ações de prevenção no contexto da saúde pública, é necessário fazer um levantamento de dados:

- investigar como e por que a violência ocorre;
- analisar as consequências do ato; e
- identificar as causas e os fatores que podem ser modificados pela intervenção.

O levantamento destes dados contribui para a construção de estratégias preventivas, nas quais se planeja, executa e monitora as ações de saúde. Dessa forma, a intervenção varia de acordo com as demandas de cada localidade. Entre os diversos serviços de saúde, é na Atenção Básica que a prevenção tem seu maior foco, uma vez que as Unidades de Saúde estão inseridas dentro das comunidades e, por isso, têm a possibilidade de identificar com maior facilidade quais são as principais ocorrências.

3. CONCEITO

Antes de tratarmos dos procedimentos adequados e necessários para casos de agressão e de autoagressão, é importante que abordemos o conceito de alguns termos relacionados a esse tema, como agressividade, autoagressão e violência.

A **agressividade** é inerente à condição humana. Sua forma de manifestação é pessoal e diversificada, e apresenta-se de acordo com as relações com as várias naturezas. Ela é a manifestação da espontaneidade do bebê. Portanto, se a natureza apresenta cuidados satisfatórios à criança e aceita a sua agressividade, possivelmente esta se integrará à personalidade total da criança quando for maior. Dessa forma, a agressividade

de será o elemento central no relacionamento desse indivíduo com o meio e se manifestará nas brincadeiras, no trabalho, entre outras situações. Por outro lado, se a agressividade não se integrar à pessoa, então terá de ser escondida ou cindida, podendo aparecer como timidez, autocontrole, comportamento antissocial ou violento, ou como compulsão à destruição. Dessa forma, o retraimento e a omissão são tão agressivos quanto a ação de bater (DIAS, 2000).

Com relação à **autoagressão** - para que possamos conceituá-la -, é necessário explicar que quando o bebê nasce ele não se diferencia da mãe e do mundo exterior. Para ele, todos os elementos do meio - e inclusive ele - são apenas

um. Sendo assim, muitas vezes o bebê pode ser agredido pelo meio, mas ter a percepção de que está se autoagredindo. Um exemplo disso é quando a mãe sente dor na hora de amamentar e recua o seio. Neste caso, o bebê, com sua voracidade e faminto, aferra-se ao seio para segurá-lo. Portanto, sua percepção é a de uma luta contra si mesmo, já que para ele tudo é identificado como inerente a si. Essa situação pode ser identificada como um alto grau de violência e, como consequência, o bebê sentirá angústia. A partir disso, o bebê poderá manifestar um dos seguintes comportamentos: esconder seus impulsos, pois o ambiente não tolera a agressão entendida como espontaneidade e vivacidade; inibir seus impulsos e desenvolver autocontrole;

dissociar o impulso; ou, ainda, desenvolver tendência antissocial. Portanto, seja em qual fase da vida estiver, a pessoa poderá se autoagredir. Por exemplo, uma criança que sofre *bullying* no colégio e não consegue reparar essa agressividade no meio, pode se tornar seu próprio objeto de agressão e se autoagredir, se mutilar ou se suicidar (DIAS, 2000).

Violência, por sua vez, pode ser definida como o “[...] uso da força física ou do poder, seja em forma de ameaça ou de forma efetiva, contra si próprio, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, causando ou tendo possibilidade de causar dano físico, psicológico, sexual ou morte” (CHIAVERINI et al., 2011, p. 173).

4. CLASSIFICAÇÃO

4.1 Autoagressão e suicídio

O suicídio tem sido apontado internacionalmente como uma das principais causas de morte entre a população de 15 a 35 anos. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, no ano 2000, cerca de um milhão de pessoas morreram por suicídio, e o número daqueles que tentaram suicídio, neste mesmo ano, pode ser estimado em cerca de 10 a 20 milhões (BRASIL, 2006). No Brasil, entre os anos de 1994 e 2004 as taxas de suicídio variaram de 3,9 a 4,5 para cada 100 mil pessoas (BRASIL, 2006). As regiões sul e centro-oeste apresentam as taxas mais elevadas, respectivamente 8,16 e 6,25, segundo dados de 2006. Entende-se que, por ser o suicídio um tema considerado tabu, é possível que o número de mortes seja ainda maior devido à subnotificação, o que ressalta a dimensão do problema.

É também devido ao tabu ao redor do tema da morte e do suicídio que alguns profissionais de saúde, com frequência, sentem-se inibidos quando necessitam abordar um usuário que acreditam estar em risco de suicídio. Alguns profissionais temem, equivocadamente, que, ao falar do tema, possam estimular a pessoa nesta direção ou, também, que dar ouvidos ao seu desejo de morte pode reforçá-lo ainda mais. Neste sentido, é fundamental destacar que nem sempre as pessoas que falam do desejo de morrer efetivamente tentam se matar. De fato, estima-se que em uma população de 100 mil habitantes, cerca de 17 pessoas apresentam pensamento suicida. Destas, 5 chegam a fazer planos e 3 consumam o ato. Apenas um destes casos dá entrada em serviços de Eventos Agudos (BOTEGA, 2006).

Sabe-se que pessoas com esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno afetivo bipolar apresentam maior risco para o suicídio. Além disso, ser homem, de idade entre 15 e 35 anos ou acima de 75, estar desempregado, ser aposentado, solteiro ou separado são as caracte-

rísticas sociodemográficas mais frequentes nos casos de suicídio. Dentre as características psicológicas, destacam-se o falecimento recente de pessoas próximas, personalidade impulsiva e histórico de relação insatisfatória com as figuras parentais. Finalmente, considera-se que situações de vida atipicamente estressoras e a experiência de condições clínicas incapacitantes (tais como dor crônica, lesões desfigurantes, trauma medular, neoplasias malignas e aids) podem estar presentes em casos de suicídio. Contudo, os aspectos mais importantes a serem observados como sinalizadores desse risco são o histórico de outras tentativas e a presença de transtornos mentais. É fundamental ao profissional de saúde que, na identificação dessas condições psíquicas, o usuário receba manejo como transtornos de humor.

4.2 Violência contra a mulher

Como dito na introdução desta unidade, os agravos à saúde decorrentes de agressões devem ser compreendidos dentro do contexto cultural que delimita as especificidades para a atuação dos profissionais de saúde. Neste sentido, o Governo Federal publicou, em 2008, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres que afirma que:

[...] a violência contra as mulheres não pode ser entendida sem se considerar a dimensão de gênero, ou seja, a construção social, política e cultural da(s) masculinidade(s) e da(s) feminilidade(s), assim como as relações entre homens e mulheres. A violência contra a mulher dá-se no nível relacional e societal, requerendo mudanças culturais, educativas e sociais para seu enfrentamento e um reconhecimento das dimensões de raça/etnia, de geração e de classe na exacerbação do fenômeno. (BRASIL, 2011, p. 7).

Sabe-se, por exemplo, que a violência contra a mulher acontece predominantemente em ambiente privado, enquanto a violência contra o

homem é mais pública. Para além das implicações para o cuidado, este dado sugere que a violência contra a mulher pode ser bem menos notória, subestimada e subnotificada. Sem dúvida, esta menor visibilidade tem impacto no modo como a sociedade constrói seus discursos acerca da dimensão do problema da violência contra a mulher. Neste sentido, a articulação entre pesquisadores, militantes e representantes do poder público foi fundamental na construção de um conjunto de ações que se destinam a enfrentar ativamente a questão, dentre as quais, pode-se citar:

- a criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, em 2003;
- a aprovação da Lei Federal n. 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha; e
- a elaboração do Plano Nacional de Políticas para Mulheres I, de 2004, e II, de 2008.

Embora o cuidado à mulher vítima de agressão envolva diferentes setores e serviços, os serviços de saúde, sobretudo os emergenciais, são considerados o principal recurso das mulheres vítimas de violência. Mesmo em casos de violência sexual, as mulheres tendem a procurar os serviços de saúde antes das delegacias, o que indica tanto a prioridade que elas dão aos cuidados de saúde (em relação às medidas legais) quanto a importância destes serviços no que diz respeito ao acolhimento inicial, à notificação e ao amparo nos desdobramentos (OSHIKATA et al., 2005). Contudo, alguns profissionais de saúde tendem a entender a violência doméstica e sexual como um problema a ser abordado pela segurança pública e pela justiça (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999).

As agressões contra a mulher podem assumir as formas de violência física, sexual ou psicológica, que podem ser combinadas. Segundo a Convenção de Belém do Pará, entende-se como violência contra mulher “[...] qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.” (BRASIL, 1994, p. 2).

A violência sexual é considerada um problema que merece especial atenção devido à alta incidência e às consequências danosas sobre a saúde da mulher. Essas consequências podem incluir lesões físicas, contágio de DSTs, danos psicológicos e gravidez indesejada (MORAIS et al., 2010). Devido à subnotificação, é difícil identificar o número exato de casos de violência sexual e delinear o perfil do agressor, mas sabe-se que, em geral, as mulheres são agredidas por pessoas próximas. Isso pode estar relacionado à frequente relutância das vítimas de abuso sexual em se identificarem como tal, bem como em prestarem queixa, pois é comum que a mulher agredida mantenha com o agressor uma relação

afetiva, hierarquizada e de dependência. Além disso, mulheres vítimas de violência podem ter a denúncia devido ao descrédito na justiça, ao medo de serem socialmente reprovadas, ao desconhecimento de seus direitos e ao medo de retaliações por parte do agressor. Em relação à violência doméstica, maridos, companheiros e namorados são os agressores mais frequentes (DESLANDES, 1999).

O cuidado à saúde da mulher vítima de violência deve ser entendido como um importante componente dentro de uma ampla rede de serviços. Neste sentido, os profissionais de saúde devem conhecer os recursos desta rede que estão disponíveis em seus locais de atuação, e trabalhar de forma articulada, com capacidade para informar o usuário sobre estes serviços e recorrer a eles sempre que neces-

sário. Tais serviços incluem: o **centro de referência**¹, as casas-abrigo, as delegacias especializadas de atendimento à mulher, a defensoria da mulher, o juizado de violência doméstica e familiar, a **central de**

atendimento à mulher², as ouvidorias, os centros de referência em assistência social (CRAS), os centros de educação e reabilitação do agressor, as polícias civil e militar, o instituto médico legal e outros serviços de atenção à saúde.

Com o objetivo de qualificar e padronizar o atendimento à mulher vítima de violência, o Ministério da Saúde publicou a Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2011). Este documento fornece um conjunto de informações valiosas para o profissional de saúde, que contempla os aspectos éticos e legais, os cuidados físicos e psicológicos, a profilaxia contra DSTs, a anticoncepção de

¹ Centro de referência: é responsável pelo acolhimento, pela informação e pela articulação entre os serviços.

² Central de atendimento à mulher: é um serviço telefônico 24h que presta informações por meio do número 180.

Toda a mulher vítima de violência sexual tem o direito de receber em até 72 horas procedimentos e medicamentos de anticoncepção de emergência, antibioticoterapia para DSTs e quimioprofilaxia antirretroviral. O profissional de saúde tem o dever de informar a vítima quanto ao seu direito de interromper uma gravidez resultante do abuso sexual (CAMPOS et al., 2005).

emergência e a interrupção de gravidez.

4.3 Violência contra a criança e o adolescente

O número de crianças vítimas de abuso e de negligência no Brasil é estimado em 4,5 milhões por ano, segundo a Associação Brasileira de Crianças Abusadas e Negligenciadas (DESLANDES, 1994). A violência contra criança pode as-

sumir as formas de abuso físico, sexual, emocional e negligência.

A negligência é entendida como “[...] toda ação ou omissão por parte do adulto cuidador que resulte em dano ao desenvolvimento físico, emocional, intelectual e social da criança” (WOISKI; ROCHA, 2010, p. 144). A negligência é mais comum do que o abuso físico e tende a ser identificada por lesões no corpo da criança devido a acidentes, bem como pelo comprometimento da nutrição, da educação e da saúde geral da criança. No entanto, devido à complexidade do diagnóstico e às intensas emoções que o tema desperta nos profissionais, identificar a violência é, com frequência, uma tarefa difícil. No Brasil, a preocupação mais cuidadosa com maus-tratos de crianças e adolescentes iniciou-se nos anos 1980, e foi formalizada na Constituição Federal (art. 227) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que determinam a obrigatoriedade da notificação, por parte dos profissionais, dos

casos de violência contra a criança. No caso dos profissionais de saúde, a notificação deve ser encaminhada ao Conselho tutelar e à vigilância epidemiológica. Estima-se que para cada vítima de violência identificada duas não são comunicadas ou percebidas pelos profissionais de saúde (GONDIM; MUNHÖZ; PETRI, 2011).

Cerca de 30 a 70% das crianças que são atendidas em emergências devido às consequências de maus-tratos estão sujeitas a sofrerem novos agravos (GONDIM et al., 2011). Sendo assim, o papel do profissional de saúde é fundamental, na medida em que pode identificar a violência e oferecer cuidado, orientação e tomar as medidas necessárias para a proteção da criança.

Na maioria dos casos de violência contra a criança e o adolescente, o agressor faz parte do convívio da vítima e possui condições privilegiadas em relação à posição social ou econômica, autoridade e inteligência (WOISKI; ROCHA, 2010).

5. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

A violência é um problema multifacetado, e é na relação e na percepção da pessoa violentada - aspectos psicológicos, físicos, sociais, ambientais, entre outros - que ela é validada. Portanto, com base em Dahlberg e Krug (2007), é necessário avaliar uma série de níveis como:

- fatores de risco individual;
- as relações próximas para a pessoa ter suporte;
- analisar a relação entre gênero, atitudes e práticas culturais;
- analisar os fatores de riscos econômicos e sociais.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dentre as manifestações de agressão e autoagressão, no campo das classificações diagnósticas, de acordo com a OMS (1998, p. 64), encontram-se os Transtornos de Conduta, que incluem comportamentos disruptivos nos quais a pessoa não consegue controlar seus impulsos e manifesta energia em atos e discursos. Dentre os padrões diagnósticos estão brigas, furtos, provocações, ameaças, vandalismo e mentiras.

O diagnóstico diferencial deve considerar que comportamentos que transgridem a norma podem estar dentro de uma variação aceita pela cultura e pelo ciclo vital, como na adolescência. Conflitos familiares ou razões identificatórias que podem levar a esses comportamentos contribuem para fazer o diagnóstico diferencial. Comportamentos disruptivos que apresentem como causa sintomas depressivos, resposta a dificuldade de aprendizagem ou problemas situacionais excluem o transtorno de conduta. Caso não seja identificado nenhum problema orgânico, deve-se proceder a uma investigação.

7. ABORDAGEM INICIAL

O acolhimento e o diálogo sobre o que está acontecendo são o primeiro passo para compreender o sofrimento que a pessoa vivencia, tanto no caso de vítimas de agressão quanto em casos de autoagressão.

A disciplina como objetivo de minimizar o sintoma pode ser um mecanismo de normatização, entretanto, deve ser amplamente discutida entre o profissional, a equipe e a família. A equipe deve evitar juízos de valor quando refletir a

disciplina como medida de condicionamento do comportamento, pois pode tomar esta atitude como punição. Dentre as indicações estão: saber sobre os motivos que levam a comportamentos transgressores; incentivar a família a refletir sobre a dinâmica do conflito; a disciplina deve ser pensada e discutida entre a equipe, o usuário e a família, principalmente quando a pessoa tem dificuldade de estabelecer limites próprios.

Uma importante estratégia de prevenção para episódios de agressão e autoagressão é garantir o acesso dos usuários a tratamentos, uma vez que grande parte das tentativas de suicídio ocorre no curso de um transtorno mental. Nesse sentido, estratégias de prevenção secundária empregando a equipe do território no acompanhamento da adesão ao tratamento são de grande valia. Ações preventivas também podem ser tomadas no sentido de identificar casos com maior risco ou episódios de autoagressão prévios e buscar estratégias como otimização da rede de apoio e restrição do acesso a meios letais (por exemplo: evitando dispensar receitas de medicações potencialmente tóxicas em grande quantidade).

Além dessas abordagens, caso seja considerado a necessidade do tratamento farmacológico visando a prevenir a ocorrência de novos episódios de autoagressão, o uso de um antidepressivo está indicado para pessoas com diagnóstico de depressão, sendo a fluoxetina uma das medicações de primeira escolha. Vale considerar que pode acontecer aumento da ideação suicida durante o início do tratamento, mas as evidências mostram que os benefícios da manutenção do mesmo compensam os possíveis riscos. O lítio também pode ser considerado em pacientes com diagnóstico de transtorno do humor como um adjuvante “antissuicídio”, pois diminui agressividade e impulsividade. Medicamentos como risperidona, clozapina e olanzapina também podem apresentar melhora de pensamentos suicidas em pacientes psicóticos.

O suicídio e a violência contra mulheres, crianças e adolescentes são temas delicados, de manejo complexo e com importantes repercussões na saúde das pessoas envolvidas.

Sem dúvida, as situações que o profissional de saúde enfrenta ao deparar-se com estas questões em seu trabalho podem reverberar no seu próprio bem-estar psicológico. Sabemos que, como defesa, é frequente que o profissional lance mão de uma abordagem excessivamente técnica, na tentativa de minimizar as possibilidades de mobilização e sofrimento afetivo. Infelizmente, ao fazer isso, o profissional produz um cuidado destituído de suas qualificações humanas e humanizantes, justamente em uma situação na qual a humanidade da pessoa encontra-se aviltada.

Deste modo, a capacidade do profissional em sustentar uma abordagem humanizada ao trabalhar com pessoas que foram agredidas ou que tentaram suicídio deve ser entendida como um recurso para intervenções e não apenas como um acessório.

Neste sentido, gostaríamos de iniciar este tópico apresentando dois recursos relacionais que podem servir como organizadores no trabalho do profissional de saúde.

Escuta respeitosa

Refere-se à capacidade do profissional de saúde ouvir a pessoa que procura cuidado, suspendendo tanto o direcionamento técnico que busca informações específicas quanto seus preconceitos e juízos. Em geral, o trabalho em saúde demanda dos profissionais um nível de eficiência e rapidez que compromete sua capacidade de escutar atentamente ao usuário. Suas interrogações são, com frequência, dirigidas, e buscam uma resposta clara e objetiva. Além disso, tende-se a completar aquilo que a pessoa está dizendo com suposições apressadas.

Assim, a escuta respeitosa é aquela que permite ao profissional manter-se em um estado de desconhecimento, evitando compreender a narrativa do usuário a partir de suas próprias referências.

Para isso, além de tempo, paciência e abertura, o profissional precisará engajar-se na conversa utilizando-se de perguntas generosas. **Perguntas generosas** são aquelas que, ao invés de buscar a confirmação - ou a refutação - de uma informação, buscam compreender o sentido que a pessoa atribui a suas palavras e às suas vivências. Ao fazer isso, o profissional ganha mais condições de compreender os valores e o contexto a partir do qual essa narrativa faz sentido. A escuta respeitosa se ancora no preceito ético que reconhece a importância de que as situações sejam compreendidas a partir da perspectiva de quem as vivencia.

Por exemplo, ao abordar uma pessoa que se auto agrediu, existe uma tendência de que foquemos nos aspectos biológicos e fisiológicos do ato. No entanto, os motivos (factuais ou imaginários) que possam ter levado a essa ação não podem ser descartados no ato clínico. É fundamental que o profissional ao abordar a pessoa entenda com as concepções que ela própria atribui ao ato e as implicações/causas do mesmo. Perguntas como “O que te levou a se machucar?” podem ser a abertura para o entendimento do universo complexo que permeia a ação, auxiliando tanto no vínculo, como também na tomada de decisões conjuntas entre profissional e a pessoa atendida.

Fala cuidadosa

Refere-se à atenção que o profissional emprega em sua comunicação com o usuário. O profissional de saúde ocupa, na relação com o usuário, um lugar hierarquicamente privilegiado. Nesta situação, sua fala representa mais que a voz de um profissional específico; ela carrega um conjunto de representações acerca da instituição de saúde e do poder que nela se institui. Neste sentido, o profissional de saúde deve considerar aquilo que ele diz emerge de um lugar específico e, por isso, é revestido de uma força singular.

Se considerarmos a fragilidade das pessoas sobre as quais falamos neste módulo, facilmente perceberemos a importância de o profissional de saúde ponderar o efeito de suas palavras. Essa ponderação deve considerar que toda comunicação tem, para além de seu conteúdo, uma função. Trata-se, portanto, de considerar *o que se diz, como se diz e para que se diz*. Mensagens importantes podem ter sua utilidade arruinada por uma formulação indelicada. Do mesmo modo, mensagens irrelevantes do ponto de vista do conteúdo podem ter uma função importante na construção de um vínculo de apoio e segurança com o usuário.

Agora, levando-se em conta os preceitos da escuta respeitosa e da fala cuidadosa, vamos tratar da abordagem inicial para casos de autoagressão e de violência contra mulheres, adolescentes e crianças. Acompanhe!

7.1 Autoagressão e suicídio

Os dados que apresentamos até agora contribuem para o delineamento de um perfil que nos ajuda a identificar

³ Para relembrar essas características, leia novamente, na parte de Classificação, o tópico 3.1 - Autoagressão e suicídio.

pessoas em risco de suicídio. Além de estar atento às **características anteriormente mencionadas**³, o profissional de saúde deve levar em consideração os comportamentos e as comunicações do paciente que indicam a possibilidade de suicídio. Frases como: *eu não aguento mais, eu queria estar morto* ou *eu sou um transtorno na vida das outras pessoas* são consideradas comunicações de alerta. Em geral, tais expressões são acompanhadas de um estado afetivo de desesperança, tristeza e desespero. Quanto mais intensos e prolongados se apresentarem esses estados afetivos na história de vida do paciente, maior é o risco de que ele cometa suicídio.

Portanto, sempre que o profissional de saúde suspeitar que um usuário apresenta esse risco, ele deverá criar condições de acolhimento, de modo a estabelecer com essa pessoa um vínculo de confiança. Esse vínculo dependerá, necessariamente, da disponibilidade do profissional em oferecer ao usuário condições físicas de mínimo conforto e privacidade, além de condições relacionais humanizadas, pautadas em um interesse genuíno pelo outro.

A partir da construção deste vínculo, o profissional poderá conduzir uma conversa na qual tentará investigar o estado mental da pessoa. Trata-se de identificar, por exemplo, se ela está sob efeito de alguma substância, se preserva sua orientação espaço-temporal, se apresenta pensamentos obsessivos e com conteúdos delirantes. Além disso, o profissional deve tentar descobrir se a pessoa traçou um plano para o suicídio e se demonstra ter meios para realizá-lo. Investigar esse aspecto é fundamental uma vez que a existência de um plano indica que essa pessoa já ultrapassou o estágio inicial de um vago desejo de encerrar um estado de sofrimento e que, portanto, apresenta maior risco para o suicídio. Finalmente, pode-se investigar o seu sistema de apoio social na tentativa de identificar familiares, amigos e profissionais que possam auxiliá-la. Quanto mais isolada for a pessoa, maior será o risco de suicídio.

Para tratar desse tema, evidentemente, é necessário que o profissional de saúde tenha sensibilidade e saiba esperar pelo momento oportuno para inquirir o usuário. Ele deve, por exemplo, paulatinamente, ir avançando na conversa em direção ao tema, acompanhando com atenção as reações da pessoa e reassegurando, sempre que necessário, o seu interesse em ajudá-la.

As intervenções do profissional de saúde serão orientadas pela sua compreensão do nível de risco do usuário. Neste sentido, o Ministério da Saúde publicou o manual intitulado *Prevenção do Suicídio* (BRASIL, 2006), que classifica os níveis de risco da seguinte maneira:

- baixo - quando a pessoa apresenta desejo de morrer, porém sem fazer planos;
- médio - quando o desejo de morrer é acompanhado de planos; e
- alto - quando o desejo é acompanhado de um plano, de meios para sua realização e de uma decisão de executá-lo prontamente.

O quadro a seguir apresenta uma síntese das ações sugeridas pelo manual para cada um dos níveis de risco. Observe:

AÇÕES SUGERIDAS PARA OS NÍVEIS DE RISCO DE SUICÍDIO	
Risco	AÇÕES
Baixo	<p>Oferecer apoio emocional.</p> <p>Conversar com a pessoa sobre seus desejos de morte.</p> <p>Prestar apoio enfatizando e valorizando seus recursos, sobretudo aqueles que já se mostraram efetivos em situações estressoras passadas.</p> <p>Encaminhar o usuário para um profissional de saúde mental.</p>
Médio	<p>Oferecer apoio emocional.</p> <p>Conversar com a pessoa sobre seus desejos de morte.</p> <p>Prestar apoio enfatizando e valorizando seus recursos, sobretudo aqueles que já se mostraram efetivos em situações estressoras passadas.</p> <p>Focalizar os sentimentos de ambivalência da pessoa e explorar suas possíveis dúvidas quanto à decisão de cometer suicídio.</p> <p>Estimulá-la a explorar alternativas ao suicídio, ainda que estas alternativas não sejam ideais.</p> <p>Negociar e fazer um contrato no qual a pessoa se comprometa a não cometer suicídio por um determinado período de tempo sem comunicar a equipe de saúde.</p> <p>Encaminhá-la para atendimento psiquiátrico.</p> <p>Com a autorização da pessoa, contatar a família e buscar sua rede de apoio.</p> <p>Orientar a família sobre as formas de prevenir o suicídio e sobre a necessidade de vigiar a pessoa em risco.</p>
Alto	<p>Não deixar a pessoa sozinha.</p> <p>Remover do seu alcance quaisquer instrumentos que possam ser utilizados para cometer suicídio (facas, pílulas, cordas, armas, venenos).</p> <p>Negociar e fazer um contrato no qual a pessoa se comprometa a não cometer suicídio por um determinado período de tempo sem comunicar a equipe de saúde.</p> <p>Orientar a família sobre as formas de prevenir o suicídio e sobre a necessidade de vigiar a pessoa em risco.</p> <p>Encaminhá-la para um serviço de emergência psiquiátrica.</p> <p>Caso a pessoa recuse veementemente a indicação de internação, será necessário contatar a família para auxiliar em uma internação involuntária.</p>

Quadro 1 – Ações sugeridas para os níveis de risco de suicídio
 Fonte: Adaptado de Brasil (2006).



Link

Para saber mais sobre esse assunto, consulte o material produzido pelo Ministério da Saúde: Prevenção do Suicídio – Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental (2006). O material está disponível no endereço: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf> .

7.2 Violência contra a mulher

As mulheres que sofreram agressões necessitam de cuidados integrados em saúde. Por ter sido agredida, a vítima possivelmente já se sente diminuída como ser-humano e, portanto, necessitará de especial atenção dos profissionais de saúde. O respeito, a atenção e a humanidade preconizados para qualquer atendimento em saúde têm papel fundamental no caso da mulher vítima de violência. Por isso, o profissional deverá exercitar sua capacidade de empatia, de escuta e de suspensão de preconceitos.

É importante que todo o procedimento seja informado à vítima e que ela autorize sua execução. Do ponto de vista psicológico, é a postura cuidadosa do profissional de saúde que assegurará à mulher que seu corpo não será novamente maltratado, invadido ou tratado como objeto. Neste sentido, todos os profissionais de saúde são responsáveis pelo cuidado com o estado psicológico da vítima, ao mesmo tempo em que tentarão garantir o acompanhamento de um psicólogo o mais rapidamente possível.

Nesses casos, os profissionais de saúde devem preencher a **Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências**⁴, conforme estabelecido na Lei n. 10.778 de 2003.

⁴ No caso de violência contra crianças e adolescentes, deve-se comunicar, também, o Conselho Tutelar.

Especificamente no caso de violência sexual, a Norma Técnica para *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes* (2012) apresenta o seguinte quadro para orientar o registro elaborado na ocasião da primeira entrevista com a mulher vítima de agressão:

REGISTRO DE ENCAMINHAMENTO
<p>HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA</p> <p>Registrar em prontuário:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) local, dia e hora aproximada da violência sexual. 2) tipo(s) de violência sexual sofrido(s). 3) forma(s) de constrangimento utilizada(s). 4) tipificação e número de autores da violência. 5) órgão que realizou o encaminhamento.
<p>PROVIDÊNCIAS INSTITUÍDAS</p> <p>Verificar eventuais medidas prévias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas realizadas. 2) realização do Boletim de Ocorrência Policial. 3) realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal. 4) comunicação ao Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes). 5) outras medidas legais cabíveis.
<p>ACESSO À REDE DE ATENÇÃO</p> <p>Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se a questão de abrigos de proteção.</p>

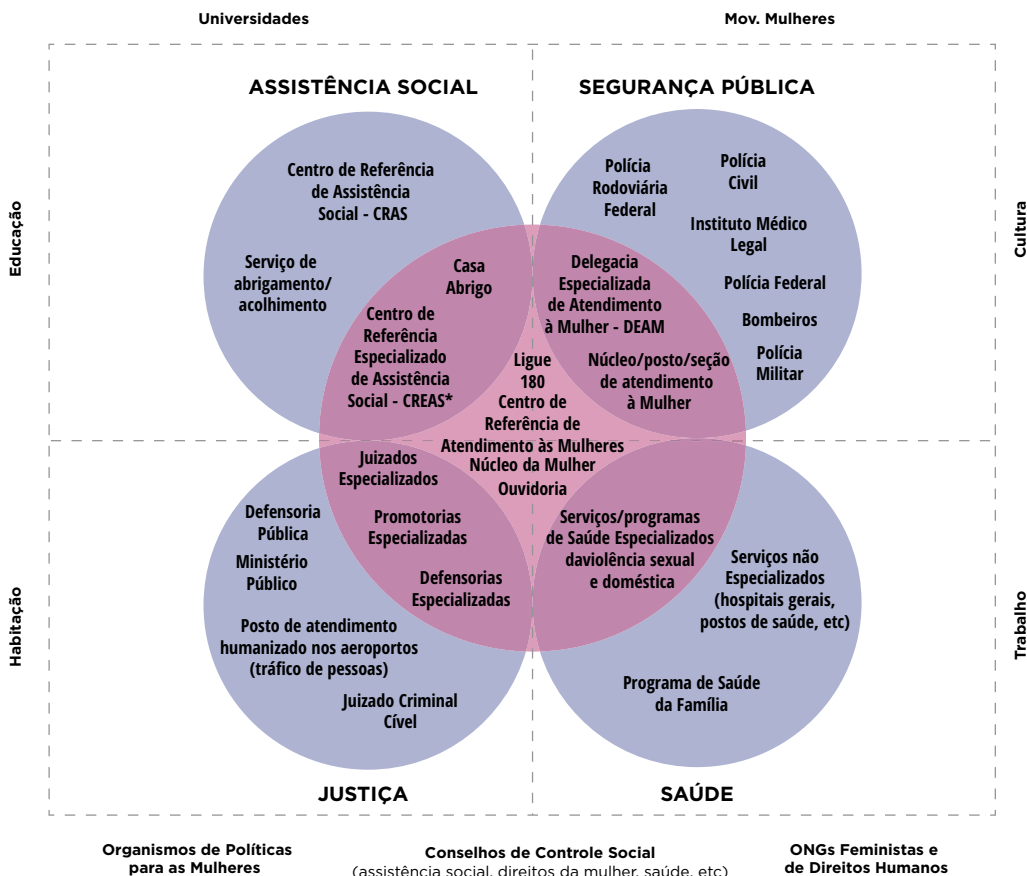
Quadro 2 - Registro de encaminhamento
 Fonte: Brasil (2012, p. 22).

De modo geral, os profissionais de saúde devem garantir que a mulher agredida seja adequadamente atendida em suas necessidades de:

- cuidado físico;
- profilaxia;
- apoio psicológico;
- orientação quanto aos seus direitos e aos recursos legais; e
- informações quanto aos recursos disponíveis na rede de atenção à saúde.

A seguir, apresentamos um diagrama que indica as possibilidades para apoio e encaminhamento dos casos, que devem ser levados em conta pelos profissionais que atendem mulheres vítimas de violência.

ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA ÀS MULHERES



Fonte: <http://creascuite.blogspot.com.br/2010/11/texto-base-do-pacto-nacional-pelo.html>



Link

Para saber mais sobre esse assunto, consulte os documentos: Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2008). Disponível em: <http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo_03.pdf>.

Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica (BRASIL, 2012). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6_saude_mulher.pdf>.

7.3 Violência contra a criança e o adolescente

Devido às punições previstas em leis e à repressão social, é muito raro que os responsáveis pela criança falem abertamente sobre situações de abuso. Neste sentido, de acordo com Gondim; Munhöz; Petri. (2011, p. 528), os profissionais de saúde devem estar atentos a algumas características da situação atendida que indicam a possibilidade de abuso, tais como:

- 1) as explicações sobre a injúria são vagas ou ausentes;
- 2) as versões sobre os fatos diferem de um momento para outro;
- 3) o(s) perpetrador(es) da injúria tarda(m) pelo menos duas horas para buscar auxílio médico ou recorre(m) aos serviços de urgência sem motivo ou por motivos insignificantes;
- 4) histórico de visitas frequentes à emergência;
- 5) fraturas repetidas;
- 6) história relatada inconsistente com os achados físicos.

Sabe-se que 90% das crianças que sofreram abuso físico apresentam lesões de pele. Deste modo, reconhecer as características dessas lesões, sua frequência de distribuição no corpo e saber diferenciá-las de outros tipos de lesões dermatológicas são recursos importantes para a identificação da violência contra a criança. Os sinais cutâneos mais comuns são equimoses, lacerações, abrasões, queimaduras, mordeduras, alopecia traumática e traumas orais (GONDIM; MUNHÖZ; PETRI, 2011).

As equimoses típicas de abuso físico aparecem em locais protegidos como braços, faces mediais e posteriores das coxas, glúteos, mãos, orelhas, pescoço e genitália. Em geral, as equi-

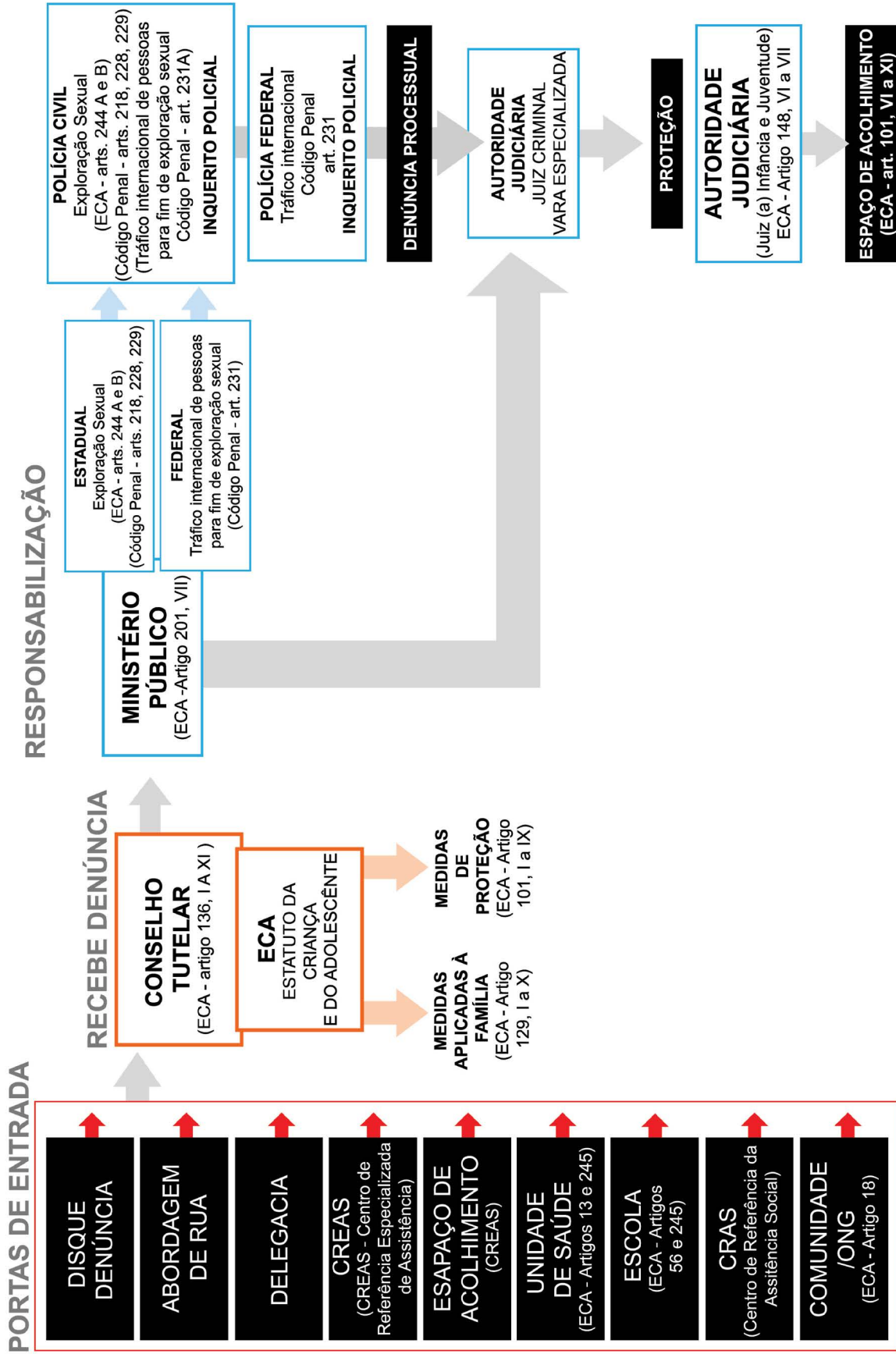
moses apresentam formas regulares (que podem indicar o objeto utilizado para infringir os maus-tratos). As queimaduras resultantes de abuso mais frequentes atingem mãos, face, pernas, pés, períneo e região glútea. A alopecia traumática deve-se ao puxamento intencional dos cabelos da criança como castigo ou como uma forma violenta de controlar a criança. Em geral, a criança apresenta focos isolados e circulares sem cabelo. Crianças com traumas orais devem ser cuidadosamente investigadas devido à suspeita de abuso sexual. Além dos traumas orais, o abuso sexual de crianças e adolescentes pode ser indicado por doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e lesões genitais e anais, como fissuras e sangramentos.

A Organização Mundial da Saúde define o abuso sexual de crianças como “[...] o envolvimento de uma criança em atividade sexual que ele ou ela não compreende totalmente, não tem capacidade para dar seu consentimento ou para o qual a criança, por seu desenvolvimento, não está preparada e não pode consentir ou que viola as leis ou tabus sociais.” (tradução nossa, WHO, 2003, p. 7).

Uma vez que, de modo geral, a violência contra crianças tende a mobilizar intensas emoções no profissional de saúde, é fundamental que ele esteja constantemente avaliando suas condições de trabalhar com esses indivíduos (SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011). Sobretudo porque esse tipo de atendimento exige que o profissional tenha a capacidade de tomar decisões críticas e, ao mesmo tempo, de ser sensível às necessidades e comunicações da criança. Neste sentido, o profissional deve sempre estar amparado pela equipe e dividir com ela a responsabilidade pelas decisões.

Na relação com a criança, os profissionais de saúde devem buscar estabelecer um clima de afinidade e confiança, transmitindo segurança e evitando qualquer insinuação de julgamento. Neste sentido, é importante familiarizar a criança com o ambiente hospitalar e explicar a ela todos os procedimentos que serão realizados, informando o tempo, a possibilidade de dor e os objetivos (WOISKI; ROCHA, 2010). Vale lembrar que uma criança que sofreu abuso constantemente buscará checar se o adulto que se propõe a cuidar dela é, de fato, alguém confiável.

FLUXO DE PROTEÇÃO



Fonte: <http://www.escoladegoverno.org.br/noticias/3522-criancas-e-adolescentes-despedacados-pela-violencia-sexual>



Link

Para saber mais sobre esse assunto, consulte:

GONDIM, R. M. F.; MUÑOZ, D. R.; PETRI, V. Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 86, n. 3, p. 527-536, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n3/v86n3a15.pdf>>.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>.

8. ATENDIMENTO SEQUENCIAL

Chiaverini et al. (2011, p. 175), com base nos documentos da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, apontam como diretrizes para as ações profissionais:

- a) incentivar a adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, mobilizando a sociedade por meio da mídia, dos setores de educação e outras estratégias intersetoriais;
- b) monitorar os eventos violentos, pela vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação;
- c) ampliar e qualificar o atendimento pré-hospitalar;
- d) prestar assistência interdisciplinar e inter-setorial às vítimas, articulando o setor saúde com as áreas jurídicas e de segurança;

e) capacitar os profissionais para o atendimento precoce e eficaz às vítimas, prevenindo agravos como o transtorno de estresse pós-traumático, que tem elevada prevalência nas populações expostas a fenômenos individuais ou coletivos de violência;

f) apoiar o desenvolvimento de estudos sobre violência.

Destacamos que toda realidade local pode estabelecer protocolos próprios de atendimento às vítimas de violência, bem como redes de suporte e cuidados profissionais. Esta construção deve envolver profissionais das áreas de saúde, assistência social, segurança pública, educação, entre outras.

9. INDICAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO E MONITORAMENTO

Todas as indicações de encaminhamentos seguem a lógica da corresponsabilização. Ou seja, a equipe profissional deve contribuir para que haja o estabelecimento do vínculo da pessoa no serviço de saúde indicado e deve realizar o acompanhamento do seu estado de saúde. Para Chiaverini et al. (2011, p. 175-76), o encaminhamento deve ser planejado na perspectiva do que o território de abrangência oferece para que a pessoa possa elaborar seu processo de adoecimento e vitimização.

1. Acolher e escutar, permitindo que a questão da violência na vida das pessoas possa ser trazida para as consultas e conversas; abrindo espaços para falar das dores, tristezas e angústias, de eventos passados, inseguranças presentes, temores futuros.

2. Criar espaços e práticas promotoras de bons tratos e de cuidado. Isso significa utilizar-se do apoio intersetorial e interinstitucional, em que as pessoas se sintam bem, desenvolvendo atividades criativas, prazerosas e produtivas; em especial destacam-se os grupos de convivências de mulheres e idosos, envolvendo atividades de autocuidado e geração de renda, que vão desde trabalhos manuais, exercício físico, jardinagem, teatro até outras atividades semelhantes.

3. Incentivar a organização de espaços comunitários de desenvolvimento e proteção para as crianças e adolescentes: esportes, música, creches, grupos, bibliotecas, brinquedotecas, por exemplo.

O monitoramento é realizado em rede cujo foco parte de Centros de Referência à Violência.

10. CUIDADOS PÓS-EVENTO AGUDO NO DOMICÍLIO E NA COMUNIDADE

Após eventos de violência, agressão e autoagressão, restam sentimentos, emoções e imagens mentais que incomodam a pessoa. A abordagem dos resquícios psíquicos de quem vivencia esse sofrimento específico pode ser feita de diversas maneiras. Para Chiaverini et al. (2011, p.176), pode-se realizar as seguintes intervenções no período que sucede a esses eventos:

1. Desenvolver grupos terapêuticos pelas Equipes de Saúde da Família - com suporte dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - para cuidado de pacientes com transtornos mentais associados à violência, tais como transtornos de ansiedade, incluindo transtorno de estresse pós-traumático e depressão.
2. Implementar ações integradas com dispositivos sociais do território como escolas e Centros de Referência de Assistência

Social (CRAS), e dispositivos judiciais como os Conselhos Tutelares, por exemplo, para oferecer proteção efetiva às vítimas e apoio para se recuperarem e se reestruturarem.

3. Atuar junto ao agressor que, em grande parte das vezes, também necessita de cuidado e é responsabilidade da equipe da ESF.

A prática do matriciamento em saúde mental pode contribuir efetivamente para melhorar a identificação e a elaboração desses planos terapêuticos individuais e/ou voltados a comunidades para o cuidado às pessoas expostas à violência.

Destacamos que todas as formas de intervenção devem ser avaliadas constantemente, incluindo a pessoa e a família como membros permanentes desta avaliação.

11. RESUMO DA UNIDADE

Caro aluno.

A violência, a agressão e a autoagressão são fenômenos refletidos na perspectiva de condições humanas. A patologização desses fenômenos fica evidente quando são promovidas rupturas sociais e quando determinados critérios técnicos são estabelecidos para interpretá-los. O acolhimento, o vínculo, a responsabilidade e a atuação em Rede Intersetorial são premissas para o cuidado nesta especificidade.

Tenha uma boa avaliação.

Murilo Moscheta

REFERÊNCIAS

- BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BRASIL. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher** - “Convenção de Belém do Pará”, 1994. Disponível em: <<http://www.agende.org.br/docs/File/convencoes/belem/docs/convencao.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.
- _____. **Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Estadual de Campinas, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2012.
- _____. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. PreSecretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 3 maio 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.
- CAMPOS, M. A. M. R.; et al. Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 101-109, jan.-abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n1/11.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2012.
- CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=101002>>. Acesso em: 11 ago. 2012.
- CORDIOLI, AV. **Psicofármacos** - Consulta Rápida. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015
- D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. **Jornal da Rede Saúde**, v. 19, p. 3-4, 1999.
- DAHLBERG, L.; KRUG, E. Violência: um problema global da saúde pública. **Ciências & Saúde Coletiva**, 11(sup.), p. 1163-1178, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2012.
- DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, sup. 1, p. 177-187, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10sup1a13.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2012.
- _____. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7132.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2012.
- DIAS, E. O. Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. **Natureza Humana**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-48, jun. 2000. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v2n1/v2n1a01.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2012.
- GONDIM, R. M. F.; MUÑOZ, D. R.; PETRI, V. Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 3, p. 527-536, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n3/v86n3a15.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2012.
- MORAIS, S. C. R. V.; MONTEIRO, C. F. S.; ROCHA, S. S. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 155-160, jan.-mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a18.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2012.
- OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **CID 10: Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- OSHIKATA, C. T.; BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 192-199, jan.-fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/21.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2012.

SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. G. C.; SILVA, M. A. I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 919-924, set.-out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a18v64n5.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2012.

WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 143-150, jan.-mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a21.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence**. Geneve: World Health Organization, 2003. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

ZALSMAN, G, HAWTON, K, WASSERMAN, D et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. **Lancet Psychiatry**. 2016 (published online June 8)

Murilo dos Santos Moscheta

Graduação, mestrado e doutorado em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Realizou estágio doutoramento na Universidade de New Hampshire e atuou como professor convidado do East Side Institute de Nova York. Professor adjunto A do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/1804378642831807>

departamento de
Saúde Pública
spb



SEGTES

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA