MINISTÉRIO DA SAÚDE

Versão preliminar

GUIA PRÁTICO DE CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA



Brasília – DF

2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral

Versão preliminar

GUIA PRÁTICO DE CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA



Brasília – DF
2025

Versão preliminar

2025 Ministério da Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2025 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral
Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres
Esplanada dos Ministérios, bloco O, 8º andar
CEP: 70052-900 — Brasília/DF
Site: https://aps.saude.gov.br/
E-mail: saps@saude.gov.br

Ministro de Estado da Saúde
Alexandre dos Santos Padilha

Secretária de Atenção Primária à Saúde
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Edição Geral:
Olívia Lucena de Medeiros

Coordenação:
Felipe Proenço de Oliveira
Grace Fátima Souza Rosa
Renata de Souza Reis

Elaboração:
Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira
Lilia Blima Schreiber
Stephanie Pereira

Colaboração:
Bruno Arantes Campos
Cheila Marina de Lima
Cecília Guida Diane Dada Cohen
Diane Dada Cohen
Eduardo Carvajal
Fernanda Cassiano de Lima
Fernanda Lopes Regina
Heloisa Hanada
Janaina Marques de Aguiar
Julia Baldini
Júlia Durand
Laura Chieppe Moura de Medeiros
Letícia de Oliveira Cardoso
Ligia Maria Carlos Aguiar
Ligia Kiss
Luciana Almeida
Marcia Thereza Couto
Mariana Seabra Souza Pereira
Naíza Nayla Bandeira de Sá
Rayanne Tavares Araújo
Ranielle de Paula Silva
Renata Granusso Bonin
Ricardo Góes
Wagner dos Santos Figueiredo

Edição Científica:
Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira
Fernando Pessoa de Albuquerque
Juliana Vieira Wahl Pereira
Lilia Blima Schreiber
Priscilla Caroline de Sousa Brito

Organização e revisão:
Fernando Pessoa de Albuquerque
Grace Fátima Souza Rosa
Heloisa da Veiga Coelho
Juliana Vieira Wahl Pereira
Priscilla Caroline de Sousa Brito
Renata de Souza Reis

Apoio editorial – DGCI:
Nayara Rezende da Silva
Raiane Fabiula Rodrigues de Azevedo

Coordenação editorial:
Júlio César de Carvalho e Silva

Diagramação:
Gabriel Dias
Projeto Gráfico:
Gabriel Dias

Normalização:
Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão:
Khamila Silva – Editora MS/CGDI

SUMÁRIO

Apresentação **4**
Introdução **5**
Por que abordar violência doméstica nos serviços de Atenção Primária à Saúde? **7**
Tipos de violência doméstica contra a mulher **8**
Quando suspeitar? Sinais e sintomas relacionados **10**
Obstáculos para a identificação dos casos **11**
Identificação: como abordar a mulher? **12**
Perguntando diretamente em qualquer situação de violência 13
Perguntando indiretamente diante da suspeita de violência doméstica ou familiar 13
Acolhimento: como proceder? **14**
A escuta livre de julgamentos morais 15
A garantia do sigilo 17
Validando o relato da mulher 17
Não vitimização da mulher 18
Realizando a avaliação de risco e o plano de segurança 18
Decisão assistencial compartilhada 20
Potencialidades e limites do trabalho 21
E se ela não denunciar à polícia? 23
Encaminhamentos: articulação interna e com a rede intersetorial **24**
Articulações intrassetoriais 24
Articulações com serviços da rede intersetorial 25
Trabalho em equipe **28**
O que cabe ao agente comunitário de saúde (ACS) 28
O que cabe aos profissionais de medicina e enfermagem 28

O que cabe aos profissionais de psicologia....29
O que cabe aos profissionais de assistência social....30
O que cabe aos profissionais da equipes multiprofissionais (eMulti)....30
Situações de risco: planos de segurança....31
No território....31
No serviço....31
E se o(a) companheiro(a) dela também for meu paciente?....33
Registro em prontuário....34
Notificação compulsória....34
Apoio institucionaL....37
Referências....39
Anexo – Orientações para a implementação dos ambientes privativos e individualizados nos serviços de saúde prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conhecidos como Sala Lilás....43

APRESENTAÇÃO

Esta publicação é uma revisão do Protocolo de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência (2019), produzido pelo Grupo de Pesquisa e Intervenção Violência e Gênero nas Práticas de Saúde, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo. Publicado em 2019, o Protocolo foi uma revisão da cartilha "O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência" (2002). As publicações citadas tiveram apoio e financiamento da Fundação Ford (2002) e do grupo de saúde global *Healthcare Responding to Violence and Abuse (HERA)*, sob financiamentos do *Medical Research Council* e pelo *National Institute for Health and Care Research (2019)*.

Nessa nova versão do material, o trabalho contou com a revisão técnica do Ministério da Saúde, em especial o Departamento de Gestão do Cuidado Integral (DGCI) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), onde estão as coordenações dedicadas aos ciclos de vida, incluindo a Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres; e o Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent) da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), onde está a Coordenação-Geral de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes e Promoção da Cultura de Paz.

Este Guia é o resultado de anos de pesquisa, de diversos estudos publicados sobre a violência de gênero e sobre o modelo de assistência para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), protocolado como Atenção a Conflitos Familiares Difíceis (Confad), nome eleito para evitar o termo estigmatizante "violência". Esse modelo de atendimento acumula cerca de 24 anos de intervenção prática em um serviço de atenção primária, o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, ligado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Ao trabalho inicialmente desenvolvido pela equipe da FMUSP, acrescentamos as contribuições do Ministério da Saúde, incluindo as orientações para a adequação dos espaços de acolhimento e atendimento nos serviços.

No conjunto, compilamos aqui as mais recentes recomendações e evidências para que os profissionais de saúde garantam os direitos das mulheres em situação de violência, ofertem cuidado em saúde de forma apropriada e efetiva, tornando mais produtivo, criativo e acolhedor o trabalho cotidiano, além de promover e possibilitar a interrupção do ciclo de violências nesta população. Conscientes dos obstáculos encontrados pelas trabalhadoras e trabalhadores de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), este guia busca de forma prática, fornecer instrumentos e diretrizes para apoiar o processo de trabalho e gestão do cuidado em casos de violência doméstica contra a mulher na APS.

INTRODUÇÃO

A Lei Maria da Penha define violência doméstica contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” dentro do lar, da família e de qualquer relação de afeto na qual o(a) agressor(a) conviva ou tenha convivido com a mulher, independentemente de coabitação (Brasil, 2006a). A violência doméstica contra a mulher é um dos produtos das desigualdades de gênero presentes em nossa sociedade. Seu enfrentamento é um compromisso do Brasil junto à comunidade internacional e está presente nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas.

A violência doméstica contra a mulher é um problema muito prevalente, afetando cerca de uma em cada três brasileiras (Instituto DataSenado, 2023). A forma mais comum é a praticada por parceiro íntimo, ou seja, maridos e ex-maridos, namorados e ex-namorados. É importante ressaltar que as relações pessoais independem da orientação sexual e mulheres também podem vivenciar violência por parte de suas parceiras em relacionamentos homoafetivos.

É fundamental destacar que a violência doméstica contra a mulher pode afetar todas as mulheres. Entretanto, segundo a literatura científica, a violência afeta desproporcionalmente mulheres com um ou mais fatores a seguir: baixa escolaridade, violência física conjugal entre os pais da mulher, abuso sexual na infância, cinco ou mais gestações e problemas com a bebida (Baigorria, 2017; Brasil, 2023a; Costa et al., 2017).

Além disso, mulheres negras têm sido mais representadas nas estatísticas de feminicídio e de outros tipos de violência no Brasil (Brasil, 2023b; Paz et al., 2019), levantando preocupações sobre obstáculos ainda maiores dessas mulheres para o acesso aos direitos. Por essa razão, o impacto do racismo não pode ser excluído das discussões sobre violência contra as mulheres, inclusive no que diz respeito à qualidade de cuidado que mulheres negras recebem, uma vez que o racismo tem sido descrito como um articulador das desigualdades, com influência nas relações de gênero e na hierarquia de gêneros na sociedade (Carneiro, 2017). De forma interseccional, o racismo, associado às desigualdades de gênero e de classe, incide na vida das mulheres negras, tornando-as mais vulneráveis a violência racial e de gênero e impondo barreiras de acesso às políticas públicas de proteção à mulher em situação de violência (Carrijo; Martins, 2020).

Chamamos atenção para outros marcadores sociais da diferença também capazes de produzir desigualdades no acesso aos direitos das mulheres, entendidas em sua pluralidade: mulheres indígenas, mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis, queer, intersexuais e assexuais (LBTQIA+), mulheres usuárias de drogas, mulheres migrantes/refugiadas/apátridas, mulheres com deficiência, mulheres quilombolas, mulheres ribeirinhas, mulheres ciganas/romani, mulheres em situação de rua, mulheres jovens, mulheres idosas. Esses marcadores sociais da diferença não são fixos, mas sim dinâmicos e relacionais, variando conforme o território e a forma como as desigualdades se manifestam nele.

Esse é um tema fundamental, pois tais marcadores estruturam relações de poder e impactam diretamente o acesso a direitos, oportunidades e recursos, além de influenciar na produção de violência contra estes corpos. Não obstante, em 2025 o Supremo Tribunal Federal (STF) estendeu a proteção da Lei Maria da Penha a casais homoafetivos formados por homens e mulheres travestis e transexuais, o que deve ser considerado na atenção à violência e nas ações dispostas neste guia.

Faz parte do cuidado às mulheres em situação de violência, portanto, o reconhecimento dessas desigualdades e de seus efeitos em suas vidas para que seja garantida a equidade preconizada como princípio do SUS.

Importante ressaltar, ainda, que a violência tem repercussões tanto sobre a saúde de mulheres de todas as idades quanto sobre as crianças, além de gerar consequências socioeconômicas. Reconhecida como uma séria questão de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência doméstica contra as mulheres está fortemente associada a dores crônicas, problemas de saúde mental e questões relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva, além da mortalidade por feminicídio (WHO, 2021). Dessa forma, torna-se fundamental e imperativo que profissionais de saúde, especialmente na porta-de-entrada preferencial do SUS, a Atenção Primária, saibam lidar com esse problema.

Ressaltamos que este Guia é direcionado para o cuidado de mulheres adultas (18 anos ou mais). O cuidado às crianças e adolescentes em situação de violência envolve diferentes abordagens e outros procedimentos legais. Para mais informações sobre o cuidado aos casos de violência contra crianças e adolescentes, acesse os documentos:



GUIA DA ESCUTA ESPECIALIZADA (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS)

PACTO DA ESCUTA PROTEGIDA

LINHA DE CUIDADO

Vale destacar que o acolhimento aos casos de violência proposto por este Guia, enquanto postura ética transversal às práticas dos profissionais de saúde, pode auxiliar na conduta e no manejo em todos os casos, independente se criança, adolescente, adulto ou pessoa idosa.

POR QUE ABORDAR VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA APS?

A Atenção Primária à Saúde enquanto ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado, é o nível de atenção mais próximo de onde as pessoas (con)vivem nos territórios, consequentemente possui papel fundamental na identificação de situações de violência doméstica.

O conhecimento do contexto social das mulheres no território de atuação permite que profissionais de saúde identifiquem necessidades individuais e coletivas e situações de violência muitas vezes silenciadas e invisibilizadas. Além disso, é a partir da APS que se é possível permitir o acesso aos cuidados compartilhados com os demais pontos da RAS, garantindo um cuidado integral e longitudinal para essas mulheres.

Os profissionais de saúde estão em posição estratégica para identificar casos de violência doméstica, pois as mulheres são as principais usuárias de serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária. A frequência das ocorrências de violência entre as usuárias desses serviços é ainda mais alarmante que na população geral, sendo 54,8% para violência física e/ou sexual e 76% para qualquer tipo de violência. Isso significa que a cada duas mulheres atendidas no serviço, uma vive ou viveu uma situação de violência física ou sexual. Ou, ainda, que a cada quatro mulheres que utilizam o serviço, três vivem ou já viveram algum tipo de violência doméstica (Schraiber et al., 2007).

As mulheres em situação de violência, mesmo que não a revelam, tendem a usar os serviços de saúde com maior frequência do que as que não estão ou nunca estiveram nesta situação. Quando não abordado de forma adequada, o problema da violência costuma ter impacto negativo nos serviços de saúde devido ao uso frequente e à assistência pouco resolutiva: usuárias em situação de violência têm mais queixas e sintomas do que aquelas que não vivenciam estas situações.

Os serviços da APS, especialmente as Unidades Básicas de Saúde (UBS), apresentam aspectos que os tornam locais estratégicos para identificação dos casos de mulheres em situação de violência: proximidade com o território; perspectiva de integralidade aplicada à assistência; são portas de entrada do sistema de saúde; são serviços que as mulheres procuram mesmo sem queixas ou sintomas e/ou para ações preventivas, como exame preventivo do câncer colo do útero, vacinação, entre outros; produzem atendimento longitudinal e não apenas episódico; e não são espaços de segurança pública e investigação. É dizer, além de estratégicos, podem ser também mais acolhedores.

Intervir em situações de violência não é tarefa exclusiva das esferas jurídica, policial e da assistência social, mas também da saúde. O caráter crônico da violência doméstica provoca sofrimento, adoecimento e pode levar à negligência do autocuidado e do cuidado de outras pessoas, como adolescentes, crianças e pessoas idosas, pelas quais a mulher, tradicionalmente, é a principal responsável.

TIPOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

Segundo a Lei Maria da Penha, configuram tipos de violência contra a mulher: violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Além das formas encontradas na Lei, há também os comportamentos controladores, sinais de que os profissionais de saúde podem ficar atentos: não permitir visitas ou conversas com amigas e/ou familiares, impedir acesso ao sistema de saúde, dúvidas constantes quanto à fidelidade, negar acesso a dinheiro necessário, insistência em controlar os lugares que frequenta, privação/restrição da liberdade, impedimento ao trabalho ou estudo.

São exemplos de violência contra a mulher:

VIOLÊNCIA FÍSICA:

Tapas

Empurrões

Chutes

Bofetadas

Tentativa de asfixia

Ameaça com faca ou arma de fogo

Tentativa de homicídio

Puxões de cabelo

Beliscões

Mordidas

Queimaduras

Sacudir o corpo

Apertar os braços

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA:

Humilhações

Críticas repetitivas, uso de nomes ofensivos como: feia, estúpida, burra, puta, louca, histérica etc

Ameaças de agressão física

Danos propositais ou ameaças a objetos pessoais

Danos ou ameaças a animais de estimação

Danos ou ameaças a pessoas queridas

Impedimento de contato com família e amigos

Ameaças a crianças como forma de atingir a mulher (incluindo solicitar a guarda nos casos de separação e fazer ameaças durante o período em que o(a) autor(a) da violência está com as crianças)

Bullying e perseguição ***(stalking)***

Chantagens financeiras

Ameaça de exposição da intimidade

VIOLÊNCIA SEXUAL

Práticas sexuais não consentidas, que podem se manifestar de diversas maneiras:

Expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa

Estupro conjugal ou por parceiro(a)

Forçar sexo sem anticoncepção e sem proteção contra IST

Retirada do preservativo durante o ato sexual sem o consentimento da mulher

Toques não desejados

Pornografia de vingança e outras exposições do corpo ou intimidade contra a vontade da pessoa em redes sociais

Importunação sexual

Exibicionismo e voyeurismo sem consentimento

Exploração sexual

Participação forçada em pornografia

Assédio sexual

VIOLÊNCIA PATRIMONIAL
Ocultar, roubar ou danificar:

Dinheiro

Bens

Objetos

Documentos

Pertences em geral da mulher

Criar dívidas em nome da mulher

VIOLÊNCIA MORAL
Qualquer conduta que configure:

Calúnia

Difamação ou injúria

Conduta com o objetivo de prejudicar a imagem da mulher no espaço público (trabalho, bairro, família, amigos etc.).

Xingamentos ou atribuição de fatos que não são verdadeiros.

QUANDO SUSPEITAR? SINAIS E SINTOMAS RELACIONADOS

Mulheres em situação de violência estão mais propensas a alguns problemas de saúde. Alguns sinais e sintomas podem despertar suspeita e facilitar a identificação dos casos em diversos segmentos da vida.

SAÚDE MENTAL:

- Baixa autoestima.
- Estresse.
- Ansiedade.
- Depressão.
- Ideação e/ou tentativas de suicídio.
- Autoagressão.
- Comportamentos autoprejudiciais: abuso de álcool e outras drogas.
- Insônia.
- Transtorno de estresse pós-traumático.
- Síndrome do pânico.
- Problemas emocionais e comportamentais das crianças como consequência da violência sofrida pelas mulheres.
- Raiva.
- Agressividade.
- Pior autopercepção de saúde.
- Ganho ou perda de peso repentino e não intencional.

SAÚDE SEXUAL, SAÚDE REPRODUTIVA E SAÚDE MATERNA E INFANTIL:

- Lesões na região genital.
- Infecções sexualmente transmissíveis de repetição e HIV.
- Dor pélvica, dor durante o ato sexual e demais problemas sexuais.
- Infecções urinárias de repetição.
- Gestações não desejadas.
- Atraso no início, faltas frequentes ou não realização do pré-natal.
- Prematuridade, baixo peso e óbito fetal.

Queixas gerais:

- Lesões repetidas e/ou não explicadas.
- Dores crônicas: gastrointestinais, cefaleias.
- Consultas repetidas sem diagnóstico claro.
- Parceiro intrusivo nas consultas.
- Falta constante à própria consulta e das crianças.

Quando não são abordados de forma integrada, os processos patológicos que surgem associados à violência e ao sofrimento psicoemocional resultam em casos de difícil manejo, mesmo quando se trata de patologias mais simples e bem conhecidas. Esses casos geram alto custo para o sistema de saúde, estão sujeitos a iatrogenias e tornam-se frustrantes para os profissionais, além de poderem causar sequelas, incapacidades e mortes prematuras.

OBSTÁCULOS PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS

NÃO JULGUE!

Algumas mulheres podem ter dificuldade para falar o que está acontecendo para os profissionais de saúde! Saiba mais...

- Ela se sente envergonhada ou humilhada.
- Ela se sente culpada pela violência.
- Tem medo de ser responsabilizada pela violência.
- Teme pela sua segurança pessoal e pela segurança de seus(suas) filhos(as).
- Teve suas más experiências no passado quando contou sua situação.
- Sente que não tem controle sobre o que acontece na sua vida.
- Espera que o autor da violência mude como ele prometeu.
- Crê que suas lesões e problemas não são importantes.
- Quer proteger seu companheiro por razões de dependência econômica ou afetiva.
- Tem medo de perder seus(suas) filhos(as).
- O autor da violência a acompanha ao serviço e não a deixa só com os profissionais.

ATENÇÃO

Algumas condutas profissionais ou pensamentos que podem ser barreiras na detecção de casos de violência:

- Acreditam que a violência doméstica é um problema social ou legal, mas não um problema de saúde pública.
- Não sabem o que fazer se uma mulher lhes contasse sobre suas experiências de violência e por isso têm medo de perguntar.
- Acreditam que as mulheres merecem o abuso ou gostam de ser agredidas, senão não ficariam com o autor da violência.
- Acreditam que a violência é um problema pessoal e privado e os profissionais não têm o direito de se intrometer neste tipo de assunto.
- As mulheres podem se sentir ofendidas ao serem diretamente questionadas sobre violência.
- A violência doméstica não acontece entre mulheres profissionais ou famílias com maior poder aquisitivo.
- A pressão para atender muitas pessoas por turno não lhes permite mencionar a violência.
- Os próprios profissionais estão ou estiveram envolvidos em situação de violência doméstica ou conhecem casos com seus familiares, o que dificulta a ação.
- Podem conhecer pessoalmente o autor da violência ou membros de sua família e assim se sentirem constrangidos ou com dilemas éticos em abordar o tema.
- Temem por sua segurança física ao se envolverem na situação.

IDENTIFICAÇÃO: COMO ABORDAR A MULHER?

- Sempre que você suspeitar que seja uma situação de violência, procure uma forma de abordar o assunto.
- Garanta privacidade e sigilo: sempre observe o espaço e a companhia antes de abordar o assunto, atentando para atendimento em ambiente privativo e individualizado (conforme estabelecido na Lei nº 14.847/2024) que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, de preferência na Sala Lilás.
- Evitar abordar o assunto durante as visitas domiciliares, encontros no território ou em espaços coletivos da unidade de saúde, que podem expor a vítima, priorizando convidá-la, nestes ambientes, a um atendimento individual ou recomendar que agende uma consulta.
- Nunca pergunte a respeito de violência se a mulher estiver acompanhada, em especial de crianças a partir de 2 anos de idade. A companhia de outra mulher também não é garantia de segurança.

Nem todas as mulheres nomeiam as ocorrências como violência, podendo referir-se aos atos como “agressividade” ou “ignorância”. Mantenha isso em mente ao iniciar a conversa, já que as usuárias podem negar se questionadas diretamente por violência, uma vez que nem sempre reconhecem sua vivência dessa forma.

Atenção! Em casos de violência sexual, tenha cuidado também em usar o termo “estupro” se a mulher não o usou, porque ela pode rejeitar essa abordagem.

A nomeação do problema como violência não é fundamental para o atendimento à mulher. Ela pode não nomear sua situação como violência e ainda assim compreender que representa um problema para sua vida e tomar ações para a resolução do problema. A questão da nomeação foi bem estudada no artigo “Violência vivida: a dor que não tem nome” (Schraiber et al., 2003), incluído nas referências deste documento. Durante a abordagem, você pode usar o mesmo termo que ela usa para se referir ao problema. As mulheres também costumam se identificar bastante com o termo “conflito familiar difícil”.

A abordagem pode ser feita de maneira direta ou indireta, desde que você não deixe de perguntar e saiba avaliar o que parece mais pertinente no atendimento, prezando pelo respeito e pela intimidade da usuária

Perguntando diretamente em qualquer situação de violência
Perguntas possíveis:

"Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas ou sofreram abusos psicológicos e/ou sexuais ao longo de suas vidas, e sabemos que isso pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isso aconteceu alguma vez com você?"

"Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas. Isso aconteceu com você?"

"Alguém te agride? Se sim: agride com palavras ou fisicamente?"

"Você já foi forçada a ter relações sexuais, ainda que tenha sido com alguém próximo?"

"Alguém insulta ou desrespeita você?"

"Alguém tenta controlar você, por exemplo, não permitindo que saia de casa, faça ligações telefônicas ou tenha acesso a dinheiro?"

Perguntando indiretamente diante de suspeita de violência doméstica ou familiar
Perguntas possíveis:

"Está tudo bem em sua casa, com seu/sua companheiro(a)?"

"Você está com problemas no relacionamento familiar?"

"Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?"

"Você e seu/sua companheiro(a) (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito?"

"Quando vocês discutem, ele(a) fica agressivo(a)?

Ainda que a mulher se negue a falar a respeito da situação de violência e você mantenha a suspeita, não a pressione. A abordagem inicial já indica à mulher que há abertura do serviço e interesse em acolhê-la, caso ela queira falar de alguma situação posteriormente.

O profissional pode agendar um retorno próximo para manter a oportunidade aberta. Inclusive, é incentivado que se mantenha um acompanhamento do caso para um cuidado longitudinal, pode-se contar com a atuação conjunta entre as equipes Multiprofissionais na APS (eMulti) e as equipes de Saúde da Família (eSF) / equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) / equipes de Atenção Primária (eAP) / equipes de Consultório na Rua (eCR).

ACOLHIMENTO: COMO PROCEDER?

Não basta apenas perguntar, esteja preparado para responder. Uma vez iniciada a abordagem, é necessária uma escuta atenta e habilidade para conduzir e encaminhar a situação. Lembre-se de utilizar espaços adequados para realizar o acolhimento, em ambiente privativo e individualizado, garantindo a privacidade e a integridade física da mulher. A OMS preconiza um suporte de primeira linha composto por cinco itens básicos: escutar, perguntar, validar, aprimorar a segurança e fornecer apoio (LIVES, da sigla em inglês).

Escutar *(Listen)*	Escutar a mulher de forma empática e sem julgamento moral.
Perguntar *(Inquire needs and concerns)*	Indagar as necessidades da usuária.
Validar *(Validate)*	Mostrar à mulher que você entende e dá crédito ao que ela diz. Assegure-a de que ela não tem culpa da violência sofrida.
Aprimorar a segurança *(Enhance safety)*	Pense com a mulher um plano de segurança para protegê-la em caso de futuros episódios de violência.
Apoiar *(Support)*	Apoie sua iniciativa de falar sobre a violência sofrida, orientando-a sobre o que é possível fazer e que outras pessoas e locais ela pode procurar para obter ajuda no seu projeto de cessar a violência.

Com o tempo e a prática você pode criar seu próprio repertório de abordagens nessas situações, de acordo com as características socioculturais das mulheres de seu território de abrangência. Porém, alguns princípios gerais devem ser seguidos em qualquer abordagem: não julgar moralmente, acreditar na usuária, garantir sigilo, não vitimizar e estimular uma decisão assistencial compartilhada. Informe a mulher que você está seguindo estes princípios, isso ajuda a mulher a se sentir mais segura para falar.

Você pode dizer: **“o atendimento é sigiloso e você pode se sentir segura para dizer o que quiser, sabendo que não estamos em posição para julgar sua vida e que não iremos pressioná-la para tomar atitudes que você não esteja preparada ou não queira. Estamos aqui para te apoiar no que você entender ser melhor nesse momento para você”.**

Podemos também informar à mulher que a situação que ela está vivendo não ocorre só com ela, mas tem origem histórica, no modelo tradicional de relações entre homens e mulheres, e que não há justificativa para a violência. Enfrentar esses modelos de relações associados à violência também é importante para reduzir a presença destes determinantes na vida das crianças, principalmente aquelas que testemunham situações de violência doméstica.

Estes princípios gerais incluem a promoção do direito à vida sem violência e à autodeterminação (inclusive sexual e reprodutiva), acesso à informação e ao cuidado em saúde, não discriminação, privacidade e sigilo. A seguir, estão detalhados os exemplos sobre como incluir esses princípios no atendimento aos casos. Além disso, é fundamental realizar a avaliação de risco e a elaboração conjunta de um plano de segurança, parte importante do atendimento.

Atentar para o racismo estrutural, etarismo, capacitismo e outras formas de reprodução das desigualdades. É importante que os profissionais distingam seus valores éticos e morais dos valores da mulher atendida, evitando perpetuar a violência institucional.

A ESCUTA LIVRE DE JULGAMENTOS MORAIS

A escuta livre de julgamentos morais parte do pressuposto de que NINGUÉM merece viver uma situação de violência e de que os conflitos devem ser resolvidos de formas não violentas. Essa abordagem é válida para todas as pessoas, ainda que muito diferentes entre si – sejam mais ou menos simpáticas, agressivas, apáticas ou dependentes. Não existe vítima ideal. Viver uma situação de violência não santifica as mulheres e o envolvimento em outros conflitos não diminui o seu direito a uma vida sem violência.

Além disso, ouvir sem julgamento implica no respeito aos valores e opiniões da mulher, ainda que estes sejam muito diferentes dos valores e opiniões dos profissionais. Isso requer uma postura de respeito e uma comunicação interessada em compreender a mulher como sujeito livre e autônomo. O profissional não deve julgar a mulher por suas dúvidas, comportamentos ou valores. Assim como não deve também indicar à mulher um julgamento punitivista sobre o(a) autor(a) da violência, ainda que adote uma postura ética clara de defesa da não violência. Atenção para o direito à autodefesa, que é legítima no ordenamento jurídico brasileiro.

Os profissionais precisam ficar atentos sobre suas preconcepções pessoais sobre o problema, para distinguir essa interação de um encontro pessoal e conferir-lhe um propósito profissional. Aqui, vão alguns exemplos práticos de como incluir essa perspectiva nos atendimentos realizados na APS:

- Não critique ou culpabilize a mulher com base em seus valores pessoais.
- Não faça comentários depreciativos sobre suas escolhas de vida, por exemplo, religião, formas de criar os filhos, relacionamentos, contexto profissional, entre outros.
- Deixe a mulher se expressar e não a interrompa, mesmo que você discorde de algo que ela disse.
- Evite frases como “não é tão ruim assim” ou “você está exagerando” ou “o que você fez para que ele lhe agredisse”, que podem deslegitimar as experiências e os sentimentos da pessoa e causar revitimização.

A ESCUTA LIVRE DE JULGAMENTOS MORAIS

A escuta livre de julgamentos morais parte do pressuposto de que NINGUÉM merece viver uma situação de violência e de que os conflitos devem ser resolvidos de formas não violentas. Essa abordagem é válida para todas as pessoas, ainda que muito diferentes entre si – sejam mais ou menos simpáticas, agressivas, apáticas ou dependentes. Não existe vítima ideal. Viver uma situação de violência não santifica as mulheres e o envolvimento em outros conflitos não diminui o seu direito a uma vida sem violência.

Além disso, ouvir sem julgamento implica no respeito aos valores e opiniões da mulher, ainda que estes sejam muito diferentes dos valores e opiniões dos profissionais. Isso requer uma postura de respeito e uma comunicação interessada em compreender a mulher como sujeito livre e autônomo. O profissional não deve julgar a mulher por suas dúvidas, comportamentos ou valores. Assim como não deve também indicar à mulher um julgamento punitivista sobre o(a) autor(a) da violência, ainda que adote uma postura ética clara de defesa da não violência. Atenção para o direito à autodefesa, que é legítima no ordenamento jurídico brasileiro.

Os profissionais precisam ficar atentos sobre suas preconcepções pessoais sobre o problema, para distinguir essa interação de um encontro pessoal e conferir-lhe um propósito profissional. Aqui, vão alguns exemplos práticos de como incluir essa perspectiva nos atendimentos realizados na APS:

- Não critique ou culpabilize a mulher com base em seus valores pessoais.
- Não faça comentários depreciativos sobre suas escolhas de vida, por exemplo, religião, formas de criar os filhos, relacionamentos, contexto profissional, entre outros.
- Deixe a mulher se expressar e não a interrompa, mesmo que você discorde de algo que ela disse.
- Evite frases como “não é tão ruim assim” ou “você está exagerando” ou “o que você fez para que ele lhe agredisse”, que podem deslegitimar as experiências e os sentimentos da pessoa e causar revitimização.
- Não tente convencer a mulher a adotar os seus valores pessoais.
- Não se posicione como alguém que tem autoridade para definir o que é certo ou errado fora do âmbito da saúde, especialmente no contexto moral e religioso.
- Não dê conselhos de ordem moral, religiosa ou punitiva.
- Não se alie à mulher para retaliar o(a) autor(a) da violência. Se ela pedir que tome uma posição contra o(a) parceiro(a), você pode dizer que esse atendimento é direcionado a ela e ao que ela quer, mudando o foco da conversa. Não podemos falar de quem não está na consulta.

A GARANTIA DO SIGILO

Deixe claro desde o princípio que o que é conversado com profissional de saúde é sigiloso e que os registros são confidenciais entre profissionais do serviço de saúde e pertencem a ela. Os casos de violência não são distintos dos demais casos clínicos. O sigilo é protegido pela justiça e você não pode compartilhar as informações que obteve em atendimentos às autoridades.

Há situações específicas em que a ética profissional ou a legislação nos obriga a quebrar o sigilo, como nos casos de ideação suicida consistente, ideação homicida com plano, risco iminente à vida da usuária, violência contra crianças e adolescentes menores de 18 anos ou por determinação judicial. O profissional deve ter em mente que o sigilo é a regra, e estes casos representam exceções. Em caso de processo judicial, é possível que a autoridade solicite o prontuário para ser analisado por um perito. Enquanto responsáveis pelo cuidado prestado à mulher, devemos nos limitar a fornecer os documentos requisitados por vias oficiais, sem compartilhar informações adicionais no âmbito do processo.

Nesses casos, a pessoa deve ser informada por nós que este sigilo terá que ser quebrado e devemos comunicar o porquê e para quem.

Muitos profissionais relatam medo de que o cuidado aos casos de violência implique nas questões legais, especialmente sobre a necessidade de prestar depoimento e/ou serem testemunhas em caso de judicialização.

Lembre-se de que é obrigação o registro adequado no prontuário: segundo o art. 207 do Código de Processo Penal, certos profissionais, devido à natureza de sua atividade, não podem testemunhar sobre informações que adquiriram em função de seu trabalho, declarando impedimento. O sigilo sobre informações dos pacientes obtidas durante o atendimento tem caráter absoluto, isso protege a confidencialidade e a confiança essenciais às relações. A exceção é somente se a pessoa a quem as informações se referem autorizar a revelação, permitindo que o profissional preste depoimento se desejar.

VALIDANDO O RELATO DA MULHER

Não é necessário que a mulher prove a situação de violência vivida. Apenas a pessoa que revela os fatos é responsável por responder por eles em juízo. Dar crédito ao que é dito permite realizar o acolhimento e explorar as demandas da assistência. Aos profissionais cabe ouvir a mulher, considerar o seu relato e não reforçar os estereótipos de culpabilização e de vitimização.

ATENÇÃO! Você não precisa e nem deve verificar se os fatos relatados ocorreram como foi falado. Isso é responsabilidade da justiça.

NÃO VITIMIZAÇÃO DA MULHER

Durante a escuta, deixe a mulher falar livremente sobre o ocorrido, nos termos dela e nos detalhes que são importantes para ela. Não se preocupe em fazer um registro imediato, principalmente se isso for desviar sua atenção da escuta do relato. É mais importante compreender bem o que ela fala, explorar pontos da narrativa e avaliar o risco imediato. Não há necessidade de interrompê-la frequentemente. Respeite o seu tempo para contar, já que o relato é uma revivência difícil. Ela pode chorar, se emocionar e mesmo permanecer em silêncio alguns instantes. Assegure que ela se sinta confortável quanto ao que falar. Você pode oferecer um copo-d'água ou um lencinho de papel, isso vai reassegurá-la de que está tudo bem com a forma com a qual ela se expressa. Não se preocupe em obter detalhes explícitos do que aconteceu e de que forma, uma vez que isso não necessariamente altera as medidas terapêuticas. É útil esclarecer também que ela não será obrigada a tomar nenhuma atitude e que as decisões serão exclusivamente dela.

Apenas verifique a necessidade de mais detalhes em casos de urgência na intervenção, tal qual ocorre na violência sexual recente (menos de 72 horas). Se a mulher relatar violência sexual, nossa primeira pergunta deve ser "quando?", para avaliar a janela de oportunidade e seguir os protocolos de atendimento em caso de violência sexual conforme norma técnica, sobretudo para realizar profilaxia pós-exposição (PEP) e ofertar contracepção de emergência em até 120 horas (cinco dias). Nesse caso, é importante também saber se ela teve contato com material biológico do agressor, especialmente esperma (Brasil, 2015). É fundamental saber o fluxo do seu município para o encaminhamento desses casos.

Lembre-se de atentar para o que é sua curiosidade pessoal (que não deve ser perguntado) e as informações que precisam ser aprofundadas para o cuidado do caso (que devem ser perguntadas).

REALIZANDO A AVALIAÇÃO DE RISCO E O PLANO DE SEGURANÇA

No momento da detecção, após o acolhimento inicial e conhecimento do tipo de violência sofrida pela mulher, é necessário avaliar o risco a que está submetida, para saber se o caso é de urgência e precisa de assistência imediata ou se é possível à mulher aguardar um atendimento agendado. Avaliamos quatro tipos de riscos, por vezes interligados: suicídio, feminicídio, homicídio ou violência contra crianças.

Por vezes, mulheres em situação de violência pensam em matar o(a) companheiro(a), questão frequentemente relacionada à falta de perspectiva sobre outras possibilidades para dar um fim à violência vivida. Quando a mulher relatar o desejo ou o planejamento de atentar contra a vida do(a) autor(a) de violência, devemos manter a nossa postura de não violência e NUNCA incentivar a vingança ou revide. Nesses casos, devemos lembrar que essa ação pode ter consequências graves para ela e oferecer alternativas para sair do contexto de violência (capítulo Encaminhamentos).

Para avaliar o risco de suicídio, podemos perguntar: “Você pensa em acabar com a própria vida?”. Caso ela diga que sim, devemos aprofundar sobre o planejamento e as tentativas anteriores. Como citado anteriormente, a ideação suicida pode também estar relacionada ao entendimento da mulher como sendo a única saída para o problema e, nesses casos, devemos oferecer alternativas baseadas nas possibilidades dos serviços locais (capítulo Encaminhamentos). É importante avaliar sintomas indicativos de um quadro de depressão e, se diagnosticado, o cuidado deve ser iniciado na própria APS, e articulado com os profissionais e equipamentos do território (UBS, Centro de Atenção Psicossocial - Caps, ambulatórios de especialidades, dentre outros).

Para avaliar risco de morte por feminicídio e de violência contra crianças, é recomendada a utilização de instrumentos como o Formulário Nacional para Avaliação de Risco (Fonar) e o Formulário de Risco e Proteção à Vida (Frida) que podem ser utilizados a critério da equipe, com três perguntas-chave:

“Seu(sua) companheiro(a) tem arma ou fácil acesso a uma?”

“Ele(a) ameaça você e/ou seus filhos de morte?”

“Você tem medo de voltar para casa?”

Caso a mulher responda afirmativamente a qualquer dessas perguntas, você deve informá-la sobre a sua percepção de risco e discutir com ela sobre isso. É necessário oferecer encaminhamento imediatamente para atendimento específico em Centro de Referência de Atendimento à Mulher ou Casa da Mulher Brasileira ou o serviço que for mais adequado ao caso e estiver disponível no seu território. São eles que poderão, entre outras ações, elaborar um plano de segurança com a mulher, para que ela saiba como agir em um momento de risco. Também é necessário verificar se ela se encontra em isolamento social, cárcere privado, se tem rede primária de apoio com a qual possa contar/acionar (familiares, amigos(as), vizinhos(as)), se sabe ler e escrever, se tem autonomia para caminhar por espaços públicos e se teria um local para se abrigar em caso de ter que deixar sua casa repentinamente.

Caso ela não aceite o encaminhamento, informe que o serviço continuará acessível, disposto a prestar a assistência, mas deixe claro que em caso de risco imediato ela deve procurar a polícia, já que os serviços de saúde não possuem recursos para ajuda emergencial nesses casos.

Existem instrumentos para avaliação de risco como o *Formulário Nacional para Avaliação de Risco (Fonar)* e o *Formulário de Risco e Proteção à Vida (FRIDA)* que podem ser utilizados a critério da equipe.

DECISÃO ASSISTENCIAL COMPARTILHADA

Relatada a situação de violência e averiguado os riscos, é hora de conhecer o plano da mulher para sua vida e como podemos apoiá-la nisso. Ajuda na condução do caso conhecermos a rede de apoio da mulher e a quem ela pode recorrer. Para avaliar o nível de suporte que ela pode ter em caso de risco, pergunte se ela compartilhou a situação com familiares, amigos(as), vizinhos(as) ou colegas de trabalho, buscando entender se há alguém que poderia oferecer ajuda em um momento de necessidade. Boas perguntas são:

“Quem está do seu lado?”

“Para quem você já contou? O que ela(e) acha?”

“Se você precisar sair de casa, para onde você iria?”

Algumas vezes, não há plano nenhum, porque sua saúde mental está abalada, e podem expressar tristeza, desânimo ou esgotamento, acreditando que não há alternativa para resolver a violência sofrida. Podem também ter tido experiências negativas no uso da rede intersetorial anteriormente que despertem receio com relação aos serviços de saúde, segurança e/ou assistência social, e por isso é importante perguntar e compreender se ela já procurou ajuda prévia. Se sim, importante saber quais serviços, como ela se sentiu, quais informações foram apreendidas por ela, o que foi útil e o que não foi.

No entanto, ao serem perguntadas, geralmente elas contam seus planos e desejos, que podem ser fortalecidos ao conhecerem a rede de serviços existentes e as possibilidades para cada situação. Recomenda-se fazer perguntas como:

“Como você acha que eu posso te ajudar?”

“O que você gostaria que acontecesse na sua vida neste momento?”

“Que tipo de ajuda você gostaria de receber?”

O objetivo da intervenção com mulheres em situação de violência difere daquele do modelo biomédico tradicional, visto que não há uma resolução predefinida e padronizada. As possibilidades vão depender de cada caso e cabe ao profissional de saúde apoiar o processo de emancipação individual/social de cada mulher. Em alguns casos, o plano imediato da mulher não envolve diretamente o fim da violência, pois ela entende que possui necessidades anteriores para se fortalecer, incluindo sua autoestima, resiliência e confiança, e construir oportunidades para romper com a violência. Por vezes, seus planos envolvem conseguir vaga para as crianças na creche/escola, conseguir um trabalho/fonte de renda, acessar direitos de proteção social básica (Programa Bolsa Família, por exemplo), conseguir apoio para cuidar de dependentes (crianças/pessoas idosas), conhecer seus direitos em caso de separação. Devemos respeitar cada etapa de seu planejamento e ajudá-la oferecendo caminhos possíveis.

Não espere que ela tome decisões imediatamente, mas forneça as informações que ela quer/necessita. Pode ser frustrante para o profissional a percepção de que ela não toma medidas para mudar sua situação, entretanto, ela pode precisar de tempo e fará o que acredita ser certo para ela e sua família. Sempre respeite seus desejos e decisões. Não dê conselhos pessoais, mas ofereça

– de forma empática – escuta e espaço para ela contar sua situação. Não é papel do profissional dizer o que a mulher deve fazer e sim ajudá-la a encontrar estratégias de enfrentamento da violência, fornecer os cuidados de saúde e a ajuda que ela definir como necessária. Assim, ter um diálogo com elas pode ser por si um auxílio.

Lembrem-se que as consequências das escolhas das mulheres serão vivenciadas por elas. Por isso, os profissionais não devem impor escolhas próprias sobre a vida da mulher, mas tentar chegar, em conjunto, ao que ela quer naquele momento.

POTENCIALIDADES E LIMITES DO TRABALHO

Os serviços de Atenção Primária à Saúde possibilitam uma abertura para identificar e acolher os casos de violência contra a mulher, desempenhando um papel fundamental na rede de garantia de direitos. Porém, é necessário também compreender as limitações do trabalho dos profissionais de saúde. Você não deve:

- Achar que tem a solução para os problemas dela.
- Convencê-la a sair de um relacionamento violento ou a realizar uma denúncia na polícia.
- Fazer uma denúncia anônima do caso.
- Questionar o porquê das atitudes dela, culpabilizando-a pela violência, seja por ações ou por aceitação.
- Explorar eventos em minúcias.
- Fornecer seu telefone pessoal.
- Retê-la a contragosto na unidade de saúde.
- Chamar a polícia, exceto em casos de risco agudo, que são bem raros.
- Questionar se há motivos para a violência.
- Mentir para a paciente, não informar sobre suas suspeitas e tentar obrigá-la a uma revelação utilizando algum pretexto.

O QUE FAZER	O QUE NÃO FAZER
COMO AGIR	
Seja paciente e calmo. Demonstre que você está ouvindo, preste atenção, mantenha contato visual.	Não pressione a usuária a contar sua história. Não olhe para seu relógio ou fale muito rápido. Não atenda ao telefone, nem fique escrevendo ou olhando para o computador.
SUA ATITUDE	
Reconheça como a usuária está se sentindo. Deixe-a contar sua história no seu próprio ritmo.	Não julgue o que ela fez ou não fez, ou como ela está se sentindo. Não diga: “você não deveria se sentir assim”, “você deveria se sentir feliz por ter sobrevivido” ou “coitadinha”. Não a apresse.
O QUE DIZER	
Deixe-a dizer o que quer. Pergunte: “como podemos ajudá-la?” Encoraje-a a continuar falando e pergunte: “você gostaria de me falar mais a respeito?”	Não assuma que você sabe o que é melhor para ela. Não a interrompa. Espere-a terminar de falar antes de fazer perguntas.

Há muitas razões pelas quais as mulheres permanecem em relações violentas. É importante não as julgar e não as pressionar a sair da situação. A decisão é somente da mulher e será tomada em seu próprio tempo.

Algumas barreiras que dificultam a saída de situações de violência:

- Ela depende financeiramente do(a) agressor(a).
- Ela acredita que as crianças precisam de um pai em casa, ainda que violento.
- Ela acredita que esses comportamentos abusivos fazem parte de relacionamentos e que todos os homens são assim.
- Ela teme as consequências de sua partida, inclusive o agravamento da violência, contra si e contra outros.
- Baixa autoestima, dificuldade de crer em uma situação de vida melhor.
- Ela sente que não tem para onde ir ou quem a apoie.

- Ela ainda quer permanecer com ele(a), acredita que ele(a) pode mudar.
- Ela se sente responsável por ele(a).
- Ela não quer ficar só.
- Ela tem medo de sofrer represálias e julgamentos.
- Vínculos familiares.
- Questões religiosas.

E SE ELA NÃO DENUNCIAR À POLÍCIA?

Mesmo que ela opte por não denunciar à polícia, respeite a decisão dela. Essa não é a única alternativa. Além da polícia, existem outros serviços que são referências no cuidado dessas mulheres.

É importante que a mulher entenda o que pode acontecer em caso de processo judicial ou inquérito policial para que esteja certa de sua decisão e ciente das possíveis consequências. Para que se inicie algum tipo de processo contra o(a) autor(a) da violência, ela deve registrar Boletim de Ocorrência em Delegacia de Polícia. Caso contrário, a assistência prestada à mulher permanece no âmbito da saúde e da assistência social, salvo em casos excepcionais já mencionados nos quais o profissional deve quebrar o sigilo e acionar as instituições de segurança pública.

Entretanto, é possível requerer medida protetiva independentemente de processo que ateste inocência ou culpa do(a) agressor(a) ou mesmo de Boletim de Ocorrência, sendo emitida após avaliação de uma autoridade em até 48 horas. As medidas protetivas podem ser solicitadas ao Ministério Público, por meio de petição, ou diretamente no Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher do fórum mais próximo. Para requerer essa proteção, não é necessária a presença de advogado(a). Além disso, a concessão das medidas protetivas independe da instauração de inquérito policial ou ação penal. Caso deferidas, o(a) agressor(a) será imediatamente intimado(a) e obrigado(a) a cumpri-las, sob pena de prisão.

A medida protetiva proíbe a aproximação do acusado, presencial ou on-line, e pode obrigar o trabalho a transferir a mulher, se necessário, também proteger familiares e outros envolvidos. Uma vez concedida a medida, o(a) autor(a) da violência é comunicado para permanecer distante da vítima.

Cabe informar à mulher que qualquer queixa de violência física com lesão registrada em Boletim de Ocorrência vai resultar em processo contra o(a) agressor(a), sem considerar o seu desejo de processá-lo ou não de seu desejo de processá-lo ou não. No entanto, a lesão corporal leve, que representa a maioria das queixas, dificilmente levará à prisão do(a) autor(a) da violência, porque se trata de um crime com penas menores e que permite a substituição da pena por multa.

Muitas pessoas não sabem, mas, se sua renda familiar for menor do que três salários-mínimos, você tem direito a um(a) advogado(a) gratuito(a), por meio da Defensoria Pública. Você pode informá-la sobre isso, sendo útil também ter outras informações sobre a Defensoria Pública do território para auxiliar a usuária, se necessário.

ENCAMINHAMENTOS: ARTICULAÇÃO INTRASSETORIAL E COM A REDE INTERSETORIAL

A violência doméstica contra a mulher é um agravo que necessita de uma articulação intersetorial que pode envolver diversos setores, tais como saúde, educação, segurança pública e assistência social. Em geral, existem nos municípios fluxos internos à saúde e à rede de serviços especializados para auxiliar a mulher na garantia de seus direitos de acordo com a capacidade instalada..

ARTICULAÇÕES INTRASSETORIAIS

É importante que o município estabeleça a linha de cuidado em saúde para o atendimento às pessoas em situação de violência doméstica para assim organizar os fluxos e pactuar as responsabilidades de cada nível de atenção para a oferta de cuidado a essas mulheres em toda a RAS.

Se sua unidade tem profissionais específicos para o atendimento à situação de violência (Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, protocolos e fluxos internos, entre outros, conforme Portaria GM/MS nº 936/2004), ofereça o encaminhamento para a mulher. Caso não tenha, é importante identificar na rede qual serviço poderia ser referência para tal atendimento, no entanto, deve-se garantir um encaminhamento seguro que não gere revitimização. A opção de seguir o encaminhamento fica a critério da mulher e é necessário respeitar seu tempo de decisão. Caso esse encaminhamento seja realizado, deve ser registrado. Em nenhuma das situações a equipe de saúde da APS, principalmente o profissional de referência, deve deixar de acompanhar a pessoa atendida.

A estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implementação de Núcleos de Prevenção da Violência nos estados e nos municípios, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 936/2004, fortalecem a importância desses serviços como referências para o atendimento qualificado de situações de violência, garantindo ações integradas e seguras para as usuárias (Brasil, 2004).

A decisão de encaminhar o caso para outros profissionais deve ser cuidadosa a partir da real necessidade da mulher. A oferta de um acompanhamento multidisciplinar pode ser mais estratégica. Encaminhamentos internos comuns são para psicólogo e assistente social. Lembre-se de que a demanda deve ser relacionada ao trabalho desses profissionais. Cuidado para não encaminhar apenas para se "livrar" do problema.

O cuidado interprofissional na APS ocorre com a integração entre as equipes de Saúde da Família e das eMulti, o que viabiliza a condução dos casos em EQUIPE. Sabemos que nem todos os profissionais de saúde têm treinamento para lidar com estas situações e, portanto, podem utilizar a supervisão e a discussão de casos para construir a melhor abordagem e definir estratégias de encaminhamento.

Caso a mulher concorde em passar por atendimento específico voltado para violência na unidade e faltar à consulta, a equipe deve decidir se é oportuno e seguro realizar busca ativa, considerando os detalhes de cada caso. Esta possibilidade deve ser discutida com ela no primeiro atendimento, para que o serviço tenha condições de avaliar se é possível e seguro convocar para novo atendimento por telefone (e em que horário), e-mail, celular ou mesmo visita domiciliar.

Para essa avaliação, há algumas perguntas que podem ajudar:

"Ele(a) costuma mexer/controlar seu celular?"

"É seguro ligar para agendar retorno/consulta?"

"Quais dias e horários são seguros para entrar em contato?".

Caso a mulher não queira o atendimento neste momento, mantenha a porta aberta caso futuramente ela tenha interesse.

Articulações com serviços da rede intersetorial

A violência doméstica contra a mulher é um problema complexo e multifacetado e dificilmente os profissionais de saúde, de forma isolada, conseguirão dar conta das diversas necessidades deste público e da garantia de seus direitos. É muito importante que os profissionais de saúde identifiquem e conheçam os serviços da rede intersetorial disponíveis em seu município. Sabe-se que em cada território essa rede poderá se configurar de forma diferente, com mais ou menos equipamentos e por tal razão é fundamental visitar estes serviços para reforçar a rede e conhecer detalhes fundamentais para o encaminhamento: dias e horários de funcionamento, condições de atendimento, condições necessárias ao encaminhamento, objetivos e profissionais do serviço, o que fazem e o que não fazem.

Algumas vezes, temos receio e demoramos a encaminhar casos graves, o que nos torna um obstáculo na rota das mulheres. É extremamente necessário ofertar alternativas intersetoriais. No entanto, o encaminhamento não deve ser uma tentativa de retirar sua responsabilidade sobre o caso e passá-lo a outra pessoa. As mulheres encaminhadas continuam sendo de responsabilidade sanitária dos serviços da APS e devemos seguir cuidando da saúde delas e de suas famílias.

O conhecimento sobre os serviços é importante pois, seja qual for o encaminhamento, é necessário orientar a mulher sobre a função do equipamento para o qual foi encaminhada, sobre o que é possível conseguir nesta assistência específica e orientá-la sobre como acessá-lo. É importante também que os profissionais da saúde conheçam o funcionamento e mantenham comunicação com os outros serviços da rede intersetorial, especialmente nos casos mais complexos.

Alguns exemplos dos serviços que podem existir no seu território:

- Serviços de saúde (UBS, eMulti, Caps, Centro de Testagem e Aconselhamento para IST - CTA, hospitais).
- Centro de Referência de Atendimento à Mulher (Cram) ou Casa da Mulher Brasileira.
- Centro de Referência Especializado em Assistência Social (Creas).
- Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Fórum).
- Delegacia (comum ou da mulher).
- Defensoria Pública.
- Ministério Público.
- Pontos de economia solidária.
- Abrigos sigilosos.
- Casas de Passagem.
- Patrulha Maria da Penha.
- Disque 180 - canal nacional de denúncia de violência contra a mulher.
- Organizações não governamentais (ONGs) feministas ou ligadas à saúde da mulher e aos direitos humanos.

Em geral, o Centro de Referência de Atendimento à Mulher (Cram) e a Casa da Mulher Brasileira são os equipamentos da rede intersetorial que melhor podem auxiliar os profissionais de saúde no cuidado da mulher, pois contribuem para o fortalecimento e o resgate da cidadania. Nesses serviços, as mulheres têm acesso à orientação psicossocial, grupos terapêuticos e orientação jurídica. As mulheres podem participar de oficinas, o que também lhes permite passar mais tempo fora de situações de risco e a possibilidade de criar vínculos, desenvolvendo uma rede de apoio informal, já que a situação de violência costuma deixar a mulher em situação de isolamento social. Alguns municípios têm nomes diferentes para estes serviços, mas todos eles procuram prestar um atendimento integral às mulheres em situação de violência e são específicos para isso.

Em caso de violência sexual, é importante agir rápido. Além de seguir as orientações estabelecidas na Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, é preciso acompanhar a possibilidade de uma gestação não desejada, apresentar as opções disponíveis para lidar com a situação e encaminhar adequadamente ao serviço de referência para interrupção legal da gestação, caso ela opte por esta alternativa. A Portaria Interministerial nº 288/2015 estabelece orientações para a organização e a integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do SUS quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.

É possível ofertar materiais educativos que ajudem a mulher a identificar e acessar os serviços de referência disponíveis, inclusive de forma discreta, com informações que ela possa levar para casa, caso considere seguro e necessário. O estabelecimento de saúde pode disponibilizar materiais sobre violência, bem como afixar informativos, como cartazes, painéis ou avisos, com orientações relevantes sobre o tema e sobre a rede de serviços do estado ou do município, quando estiverem disponíveis. Considere sempre a segurança da mulher, e permita que ela decida se deseja ou não receber esses materiais, uma vez que podem representar um risco.

Lembre-se de que mulheres em situação de violência muitas vezes têm a mobilidade impedida. O trabalho para conseguir dinheiro, tempo e condições para chegar ao local pode ser oneroso e não devemos fazer encaminhamentos descuidados ou descabidos ao caso. Nos casos em que a condição financeira impede o acesso ou a mulher está em dúvida sobre procurar os serviços, os profissionais de saúde não devem levar a mulher ao local nem mandar em carros oficiais da saúde que desviem a sua finalidade sanitária. Levar a mulher de forma tutelada é considerada uma má conduta, levando a resultados insatisfatórios. Implicar pessoalmente os profissionais ou utilizar os carros da unidade de saúde pode colocar as trabalhadoras e trabalhadores de saúde da Unidade em risco, em territórios nos quais a segurança pública pode apresentar vulnerabilidades.

TRABALHO EM EQUIPE

A OMS identifica quatro tipos de necessidades das mulheres a serem detectadas no serviço:

- Necessidades emocionais e psicológicas imediatas.
- Necessidades de segurança atuais.
- Necessidades de saúde física atuais.
- Necessidades de saúde mental e suporte a médio e longo prazo.

As necessidades elencadas não são de competência exclusiva de uma categoria profissional e o trabalho em equipe interprofissional permite as melhores intervenções. O contato com a situação de violência em que a usuária se encontra e o tipo de assistência prestada podem ser abordados de diferentes formas entre os profissionais, levando em consideração: a) as competências específicas de sua função; e b) o contexto em que a assistência é prestada (na instituição ou no território).

O que cabe ao agente comunitário de saúde (ACS)

Os ACS são peças-chave na integração da unidade com o território, podendo ser um excelente comunicador, promotor e educador popular em saúde, conhecendo o território intimamente. Esta intimidade permite ampliar o acesso do sistema de saúde à população, mas requer um cuidado reforçado para garantir sua segurança. Existe uma maior proximidade com os usuários, pois o contato não se encerra no local de trabalho ou quando o expediente acaba. Assim, é muito importante saber diferenciar o que faz sentido em um contexto e no outro. As informações obtidas no espaço de trabalho são confidenciais e só podem ser partilhadas se necessário para o cuidado da usuária, e apenas com outros profissionais também obrigados ao sigilo.

Como profissional, o ACS deve, no que diz respeito à violência, divulgar na comunidade os serviços disponíveis na UBS e nos demais pontos da RAS do território/município, ressaltando que são abertos, ou seja, não é preciso marcar consulta e a vítima não será forçada a tomar nenhuma decisão. Seu discurso deve ser de promoção da autonomia das mulheres, de não julgamento e de reconhecimento do direito a uma vida digna. Também é importante informar que, caso não se sintam confortáveis, as mulheres podem procurar quaisquer serviços de saúde e não necessariamente sua equipe de referência. Os ACS não devem ser responsabilizados pelo cuidado aprofundado ou por ações de detecção de violência nas casas, o que pode comprometer o sigilo e a segurança da mulher e dos próprios agentes por também residirem no teritório.

O que cabe aos profissionais de medicina e enfermagem

Cabe a esses profissionais promover agilidade e eficácia no fluxo de atendimento institucional. Tanto médicos(as) quanto enfermeiros(as) devem registrar em prontuário a descrição das lesões ou achados suspeitos, em caso de violência física/sexual, notificar por meio da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada da forma correta.

Tanto médicos(as) como enfermeiros(as) devem:

- Realizar o acolhimento.
- Identificar condutas imediatas necessárias.
- Garantir o atendimento à usuária em local adequado (sala de procedimentos ou sala reservada).
- Registrar em prontuário a descrição das lesões ou achados suspeitos.
- Preencher ficha de notificação.
- Acionar demais profissionais da equipe, se necessário.
- Identificar queixas crônicas e avaliar a gravidade em casos de queixas agudas, encaminhar, se necessário, à emergência/pronto-socorro, realizar profilaxias, indicações de vacinas e prescrições e referenciar à rede secundária, terciária e a rede intersetorial, conforme necessário.
- Realizar as condutas adequadas à situação, conforme as competências de cada profissão, habilitações e protocolos estabelecidos.

Cuidado com a medicalização: há evidência, por exemplo, de que a prescrição rotineira de benzodiazepínicos pode estar relacionada ao desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEP). Lembre-se que, embora por vezes necessário, os antidepressivos não são o "remédio" para violência.

Saiba mais sobre estratégias de desmedicalização, consulte o documento do Ministério da Saúde: Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias.

O que cabe aos profissionais de psicologia

O(A) psicólogo(a) pode prestar assistência regular de médio ou longo prazo às mulheres que necessitem de acompanhamento psicológico. Dessa forma, é possível incentivar que a mulher construa seu projeto de vida, reflita sobre suas decisões e percepções relacionadas à sua identidade e experiências, considerando sua trajetória e referenciais. O objetivo é fortalecer sua autonomia e auxiliá-la na tomada de decisões.

O registro em prontuário deve cumprir a função de meio de comunicação e produção do cuidado compartilhado entre os profissionais. Deve ser sucinto na medida entre garantir a segurança do atendimento, o cuidado interprofissional e a preservação do vínculo e confiança entre psicólogo(a) e mulher. Caso o profissional ache pertinente registrar detalhes do caso, é possível fazer um registro extra, arquivado em pasta especial, acessada somente mediante solicitação formal.

Cabe ao profissional estar preparado para garantir o acesso à informação da mulher e realizar encaminhamentos pertinentes, visando dar suporte e complementar as ações assistenciais.

O que cabe aos profissionais de assistência social

O profissional de serviço social é responsável pelo acolhimento, orientação e encaminhamento da usuária, visando à garantia de direitos sociais. Dessa forma, contribuirá para o acesso aos direitos fundamentais como alimentação, habitação, educação e renda, entre outros aspectos da vida civil que são direitos resguardados por lei. Esses direitos não se restringem a questões trabalhistas e de família. No âmbito institucional, *o serviço social é responsável para avaliar e levantar as demandas e detectar características do perfil da população por meio de investigação e documentação técnica, podendo trazer informações de relevância para a intervenção das equipes no território, inclusive possibilitando a reorganização dos recursos institucionais. Proceder também a notificação individual de violência interpessoal e autoprovocada da forma correta.

O que cabe aos profissionais das equipes multiprofissionais (eMulti)

As equipes multiprofissionais (eMulti) são compostas por profissionais de diversas categorias, comprometidos em atender às necessidades da população e do território de forma integral. Quando disponíveis, podem apoiar as equipes de referência na abordagem e no cuidado dos casos de violência doméstica contra a mulher, atendendo às variadas necessidades que as mulheres podem apresentar e facilitando articulações intersetoriais. Entre suas possibilidades de apoio, destacamos os atendimentos individuais, as consultas compartilhadas, as visitas domiciliares e o apoio matricial. Essa colaboração entre as equipes de referência e as eMulti é fundamental para proporcionar respostas mais integradas e eficazes às demandas das mulheres, assegurando um cuidado que seja abrangente e sensível às particularidades de cada situação.

SITUAÇÕES DE RISCO: PLANOS DE SEGURANÇA

No território

Para esses profissionais, o contexto em que a assistência é prestada apresenta variáveis adicionais a serem consideradas, já que, no território, o ambiente é menos protegido e as ações dos profissionais devem sempre garantir a preservação de sua segurança. Em uma visita domiciliar, é possível presenciar uma cena violenta ou mesmo ouvir um desabafo e querer agir em proteção da mulher ou ser solicitado a manter o caso em segredo. Nestas situações, a orientação é: não tome nenhuma decisão solitária, todas as decisões devem ser tomadas em conjunto com outros profissionais.

Atenção para não intervir se estiver sozinho: é preferível convocar a usuária à unidade caso seja surpreendido por um relato ou por uma situação de violência. Não adianta tentar apartar uma briga já em andamento, pois não há garantia para a sua segurança e pode colocar a usuária em risco ainda maior.

Há contextos em que pode haver risco em se chamar a polícia ao local. Não tome essa iniciativa sozinho. Esteja sempre atento a quem pode ouvir o que se fala; como dito anteriormente, ainda que sem consciência do que fazem, crianças com idade igual ou maior que 2 anos podem relatar o que foi conversado. Priorize conversar com a mulher em contexto privado quando possível, ainda que esteja acompanhada de pessoas próximas. A unidade é um ambiente mais protegido e convocar a usuária permitirá que a conversa seja de melhor qualidade e que outros recursos sejam acionados.

No serviço

- Não dê conselhos.
- Não faça acusações.
- Seja agente ativo ao garantir o sigilo e restringir a circulação de informações do caso (coibir a fofoca).
- Se possível, não atenda o(a) companheiro(a) (passe para outro profissional).
- Busque apoio de outros serviços e não tome iniciativas caso se sinta inseguro sobre como agir.
- Não divulgue seu telefone pessoal ou endereço.
- Não dê orientações ou realize intervenções no corredor.
- Caso seja questionado por um usuário sobre a sua conduta no caso, não atribua a tomada de alguma decisão exclusivamente a um colega. Informe que as decisões são tomadas em equipe, de acordo com o combinado com a usuária.
- Em caso de risco de agressão, procure ficar próximo a uma via de saída.

- Em caso de fala exaltada, deixe claro quais são as normas do local e que a assistência não se dará enquanto elas não forem obedecidas.
- Em caso de agressão verbal, não insulte ou invista contra o(a) autor(a) da violência, mantenha o diálogo e uma distância segura. Busque apoio dentro do serviço.
- Em caso de agressão verbal ou física, convoque os demais profissionais e a segurança do local, quando disponível. Isso pode minimizar a violência e permitir que haja testemunhas. As atividades podem ser interrompidas para priorizar o manejo da situação. Em caso de violência física, não permaneça no local e avise os outros profissionais.
- Se necessário, acione as autoridades policiais, mas considere os possíveis impactos na segurança da equipe e da usuária.
- A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) deverá ser emitida em qualquer caso de agressão física ou verbal, acionando o Ministério do Trabalho. A prioridade, porém, é garantir a segurança e a assistência de potenciais vítimas, incluindo a elaboração do relatório médico e o registro das lesões.
- Não passe informações da usuária (dia e hora de consulta etc.), para outras pessoas, como familiares, filhos, cônjuge etc.
- É possível pedir medida protetiva para profissionais específicos ou mesmo para todo o serviço.
- Frente à percepção de risco ou ameaças, não guarde isso para si. Leve a questão para a equipe e a gerência. Códigos podem ser combinados com a administração para que o profissional que se perceba em perigo possa acioná-los discretamente.
- A administração do serviço deve construir estratégias para minimizar os riscos e atuar pela proteção dos profissionais e das usuárias. Cabe atenção especial às profissionais da saúde, que, pelo enfoque de gênero no tema da violência, podem estar mais suscetíveis ao(à) agressor(a).
- Caso tenha dúvidas éticas ou quanto a mecanismos de amparo, contate seu sindicato ou conselho regional.
- É recomendável que o serviço mantenha um registro detalhado de eventuais ocorrências, por exemplo, por meio de uma ouvidoria.
- Em casos de risco especial para profissionais que atuam no território, os outros membros da equipe podem protocolar um registro sobre local e horário de retorno previsto e acionar a administração em caso de não retorno.

E SE O(A) COMPANHEIRO(A) DELA TAMBÉM FOR MEU PACIENTE?

É muito difícil coordenar o cuidado de ambos os parceiros quando há violência na relação. Caso ela queira que você converse com o(a) parceiro(a), avise-a que se deve considerar as repercussões e a possibilidade de piora da violência, lembrando que o mais importante é que o desejo de falar com alguém deve partir dele. É necessário estar atento ao princípio de não maleficência, pois não se sabe de que maneira esta ação pode impactar o risco de violência. Assim, não é uma boa ideia que você assuma esse tipo de responsabilidade.

Não ofereça terapia de casal e nem se voluntarie para falar com o(a) companheiro(a) ou mediar a conversa entre eles. Se os dois quiserem terapia de casal e não houver violência grave, você pode encaminhar para serviço específico que ofereça esse trabalho, caso disponível na sua região. Lembre-se de que, se você usar a sua autoridade para 'dar uma dura' ou 'ouvir o outro lado', diminuirá a posição de sujeito da mulher e colocando-se como o juiz do caso, o que você não é. Isso também visa a sua própria segurança.

A melhor prática é que outro profissional assuma o cuidado do(a) parceiro(a), garantindo a confidencialidade e a autonomia de decisão do(a) parceiro(a). Ele(a) deve ser atendido(a) por sua própria demanda e não por exigência da mulher, seguindo os mesmos princípios de atendimento: não julgamento moral, garantia de sigilo e decisão assistencial compartilhada.

Homens também podem ser vítimas de violência por parceiros(as). Entretanto, em geral, as mulheres vivem mais situações de violência sexual e de violência física mais severa, e estão sujeitas a um maior controle por parceiros homens. Muitos princípios da abordagem para violência contra a mulher são aplicáveis em casos de violência contra homens e meninos.

REGISTRO EM PRONTUÁRIO

O registro dos casos é importante para fornecer um cuidado longitudinal e garantir a comunicação entre os profissionais responsáveis pela assistência. Além dos atendimentos, os profissionais também devem registrar as discussões de caso entre a equipe de saúde e/ou com serviços da rede intersetorial.

Propomos que alguns aspectos sejam contemplados no registro em prontuário, ainda que de forma sucinta:

- Tipo de violência vivida e provável autor(a) da violência.
- Exame físico em casos de violência física e/ou sexual recentes.
- Com quem mora, se estuda, se trabalha e qual sua fonte de renda.
- Rede de apoio: com quem pode contar.
- Instituições já procuradas para lidar com o problema e respostas recebidas.
- Avaliação de risco.
- Decisão assistencial compartilhada.

O registro das agressões relatadas pela usuária e verificadas no exame clínico pode servir como apoio caso, em algum momento, a via jurídica seja acionada. Diga à mulher o que pretende escrever e o porquê, explicando o que ficará registrado.

Quando for registrar o atendimento, lembre-se de que o prontuário é um documento da mulher e que ela pode solicitar acesso a qualquer momento. Os princípios do atendimento também precisam estar presentes durante o registro em prontuário.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

O local de atendimento das mulheres em situação de violência deve dispor de Fichas de notificação individual compulsória de violência interpessoal/autoprovocada. Qualquer profissional da equipe de saúde que tenha prestado o primeiro cuidado e realizado a escuta qualificada da mulher pode preencher adequadamente este documento. A ficha de notificação contempla informações detalhadas sobre a vítima, o(a) ofensor(a), o tipo de violência, as lesões e o atendimento prestado.

A notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher está amparada pela Lei n.º 10.778/2003, Portaria n.º 104, de 25 de janeiro de 2011, que estabelecem a notificação compulsória no território nacional em serviços de saúde públicos ou privados e consta no Anexo V da Portaria de Consolidação n.º 4, de 28 de setembro de 2017.

A notificação é compulsória para todas as categorias profissionais de saúde, que atuam em serviços públicos ou privados, conforme estabelece o art. 8º da Lei n.º 6.259/1975; logo a não notificação das violências caracteriza infração sanitária e crime contra a saúde pública, conforme art. 268 do Código Penal. Tal obrigatoriedade é referendada por determinados Códigos de Ética profissionais.

Em alguns estados e municípios esta notificação é intersetorial e obrigatória, por medidas legais (portarias ou decretos), com outros profissionais e setores realizando a notificação, como educação, assistência social, entre outros.

O ideal é que o profissional que fez o atendimento também faça a notificação. Todavia, a equipe ou o serviço de saúde tem autonomia para definir qual profissional preencherá a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, de acordo com o contexto de cada caso.

A notificação, em última instância, é uma responsabilidade institucional e não meramente individual. Nesse sentido, os profissionais, em especial os que atuam diretamente no atendimento à população, devem sempre receber apoio, suporte e proteção para que não sofram retaliações ou ameaças de prováveis autores(as) das violências.

Os gestores no nível local devem definir estratégias para proteção dos trabalhadores de saúde para que estes exerçam sua atividade profissional seguindo os princípios da ética, da humanização e da integralidade.

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas exige de profissionais e de gestores da saúde uma postura ética e cuidadosa em relação à pessoa que vivencia situação de violência e à sua família. Ela não pode ser feita a partir de uma lógica burocrática. Ao contrário, notificar os casos de violências implica compromisso com a pessoa que está em sofrimento e que necessita de proteção e cuidado.

Dessa forma, a notificação deve promover novas organizações e estruturas de atendimento que qualifiquem a atenção à mulher em situação de violência. Assim, o próprio processo de preenchimento da ficha deve ser também um momento de cuidado com a pessoa que sofreu ou vive uma situação de violência. Esse processo não deve ocorrer de forma fria e impessoal, mas sim com uma postura ética de cuidado e proteção.

A notificação tem caráter sigiloso não cumpre função de denúncia, pois não é um documento da segurança pública, mas tem fins epidemiológicos e de cuidados. Serve à produção de dados para conhecer a dimensão deste agravo quanto à visibilidade do problema no País, possibilitando a construção de políticas públicas mais eficazes e seu monitoramento. Além disso, a notificação de violência é um importante instrumento para promover o cuidado uma vez que possibilita a articulação entre os serviços da rede intra e intersetorial visando garantir atenção integral, proteção e direitos de mulheres em situação de violência.

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

A *Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014*, determina que os casos suspeitos e confirmados de violência sexual e tentativa de suicídio são de notificação imediata (em até 24 horas) em âmbito municipal, visando ofertar a intervenção oportuna e os cuidados necessários.

É importante lembrar que a notificação é compulsória e independe de consentimento da mulher em situação de violência ou responsável e não constitui quebra de sigilo profissional, por se tratar de um documento de saúde. **E a notificação não é só para casos confirmados e inclui casos suspeitos de violências.**

Orientamos que a ficha seja preenchida após o atendimento com as informações obtidas durante a conversa, não necessariamente na presença da mulher e que não seja percebido pela mulher como uma forma de interrogatório.

Conforme o "Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada" , a ficha de notificação deve ser preenchida em duas vias, sendo a primeira encaminhada para a vigilância epidemiológica do município, seguindo a rotina estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde, enquanto a segunda via deve ser arquivada na unidade de saúde notificante (Brasil, 2016). Todas estas orientações também constam no Aplicativo NotiViva que tem como objetivo orientar profissionais da saúde, da educação e da assistência social para o reconhecimento dos casos de violência, orientar sobre o correto preenchimento da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada – instrumento utilizado pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e apoiar os encaminhamentos dos casos suspeitos ou confirmados de violência nos diferentes grupos populacionais, para a Rede de Atenção à Saúde e proteção social. É um aplicativo off-line (funciona sem internet), gratuito, disponibilizado para os sistemas operacionais iOS (versão 5) e Android (versão 6) e de desenvolvimento híbrido, garantindo acesso rápido e prático ao seu conteúdo informativo.

Lembre-se da importância de garantir o sigilo. A ficha de notificação não pode ser encaminhada para nenhum outro serviço, seja ele de saúde ou da rede intersetorial. O compartilhamento de informações por meio da ficha pode trazer prejuízos tanto para a construção de uma rede articulada quanto para o caso em questão. O compartilhamento das fichas entre os serviços pode dificultar a comunicação eficaz entre os diferentes serviços e pode levar a ações de busca ativa que colocam a mulher e o serviço em risco. Quando considerar necessário o compartilhamento de informações com outro serviço de saúde pertinente para o cuidado, e caso essa seja a vontade da mulher, é fundamental discutir o caso diretamente com o outro serviço, evitando ruídos de comunicação, ações indevidas e a quebra de vínculo com a usuária.

A comunicação externa, prevista na Lei n.º 10.778/2003, define a responsabilidade de se comunicar a violência contra a mulher à autoridade policial em até 24 horas, em casos excepcionais. Dessa forma, diferente da notificação compulsória, a comunicação externa com a identificação da mulher em situação de violência fora do âmbito dos serviços de saúde só deve acontecer em caso de risco à comunidade ou à vítima, e com conhecimento prévio da usuária sobre a quebra de sigilo. Recomenda-se que estados e municípios estabeleçam pactuações locais para esse procedimento, e que não sejam encaminhadas cópias da ficha de notificação, uma vez que esta é um instrumento da vigilância epidemiológica.

APOIO INSTITUCIONAL

O compromisso institucional é essencial para que usuárias e profissionais se sintam confiantes para falar sobre a violência e para a implantação deste tipo de assistência. Cabe à gestão local apoiar as ações dos profissionais, para que a comunicação seja direta e aberta, permitindo que compartilhem suas percepções e opiniões, bem como experiências, sem custo pessoal.

A instituição pode desenvolver protocolos e linhas de cuidado, contemplando a integração de parcerias e reorganização dos espaços e de toda a rede para acolher essas mulheres. Limitar o acesso a áreas restritas a profissionais, como vestiários e refeitórios, pode reforçar a segurança. Os consultórios devem ter mobília sem partes afiadas, de preferência fixada ao chão, disposta de modo a não isolar o profissional da saída. Não deve haver obstáculos no trajeto de saída.

A recepção é também um espaço para exercício do sigilo. Os funcionários não devem passar informações sobre a usuária para outras pessoas (se tem atendimento agendado, qual data, exames etc.). Não podem revelar informações e devem acionar a gestão sobre casos de tentativa e insistência em obter essas informações.

A unidade pode se organizar para que o espaço emita sinais claros de que é um lugar aberto e preocupado com esta questão, fazendo uso de cartazes, fôlderes, bottons etc. em locais de fácil acesso às mulheres. No entanto, é importante evitar sinalizar salas utilizadas para o atendimento às vítimas de violência que possam ocasionar a exposição das mulheres e dos profissionais.

As orientações de organização dos serviços devem estar em conformidade com a Lei n.º 14.847/2024, que prevê salas de acolhimento, atendimento adequado e proteção à integridade física das vítimas em serviços do Sistema Único de Saúde e da rede conveniada. Ao final deste Guia, incluímos em anexo uma síntese da Nota Técnica Conjunta n.º 264/2024 do Ministério da Saúde que orienta os serviços sobre a organização desse tipo de espaço de atendimento.

É importante fortalecer parcerias e fluxos para atender às demandas resultantes, que não são apenas imediatas. Necessidades e condutas podem ser identificadas buscando-se ativamente acessar os medos e as vivências dos profissionais por meio de um movimento de educação permanente, por exemplo, da realização de reuniões e da geração de dados. É possível pensar com os profissionais quais seriam os melhores indicadores e como levantá-los, de forma a traçar um perfil da assistência prestada. Isso pode ajudar a avaliar e desenvolver as estratégias, bem como dar uma devolutiva sobre os casos, por exemplo:

- Número de casos de violência identificados.
- Número de pessoas encaminhadas para o atendimento específico da unidade (caso disponível).
- Número de pessoas encaminhadas para a rede de atendimento a mulheres em situação de violência.
- Número de pessoas atendidas no atendimento específico da unidade.
- Encaminhamentos que realmente chegaram aos serviços da rede.
- Tipos de violência encaminhados (autor da violência, padrão de agressão).
- Características sociodemográficas das mulheres encaminhadas.
- Referências anteriores utilizadas pelas mulheres.
- Avaliação da mulher e dos profissionais sobre o processo e os resultados alcançados.

A cultura institucional tem parte fundamental na promoção da não violência. A mobilização ativa é crucial, com resposta imediata de não tolerância frente à violência, inclusive entre os profissionais e nas casas. Os usuários devem saber que esta é a postura da unidade – um exemplo é a exposição de cartazes de campanhas de conscientização. É necessário também buscar respaldo das instâncias hierarquicamente superiores, como o órgão interlocutor de violência da área da saúde.

REFERÊNCIAS

BAIGORRIA, J. *et al.* Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 6, p. 818-826, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.15446/rsap.V19n6.65499. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, n. 303, 31 dez. 1940.

BRASIL. **Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006.** [Lei Maria da Penha]. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher... Brasília, DF, 2006a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: Acesso em 17 fev. 2025.

BRASIL. Lei n.º 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 150, p. 1.2, 2 ago. 2013.

BRASIL. **Lei n.º 13.431, de 4 de abril de 2017.** Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. **Lei n.º 14.847, de 25 de abril de 2024.** Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado nos serviços de saúde prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2024a. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14847.htm. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** Seção 1, Brasília, DF, v. 183, p. 1, 31 out. 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 3 dez. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 3 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta n.º 264/2024 – CGESMU/DGCI, DESCO e DEPPROS/SAPS/MS; CGVIVA/DAENT/SVSA/MS; e DAHU/SAES/MS**. Brasília, DF: MS, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-264-2024-cgesmu-dgci-desco-e-deppros-saps-ms.pdf. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação PRC n.º 5, de 28 de setembro de 2017**. Capítulo VII: Do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Seção I: Da Organização do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Brasília, DF: MS, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#TITVCAPVII. Acesso em: 5 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 2.198, de 6 de dezembro de 2023**. Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, DF: MS, 2023a. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.198-de-6-de-dezembro-de-2023-528577869. Acesso em 23 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 78, de 18 de janeiro de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 49, 19 jan. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0078_19_01_2021.html. Acesso em: 3 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 20 maio 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: MS, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Humanização**: a Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gesto em todas as Instâncias do SUS. Brasília, DF: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed., 4. reimpr. Brasília, DF: MS, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, mar. 2023b. Número especial. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023/view. Acesso em: 5 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva:** instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ficha de notificação individual de agravos de notificação compulsória:** violência. Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf. Acesso em: 5 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica:** Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção, Brasília, DF, v. 183, 6 jun. 2014. Disponível em: www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13431-4-abril-2017-784569-norma-pl.html. Acesso em: 17 fev. 2025.

CARNEIRO, S. **Mulheres Negras e Violência Doméstica:** decodificando os números. São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra, 2017. 360 p Número de ISBN: 978-85-62750-02-1.

CARRIJO, C.; MARTINS, P. A. A Violência Doméstica e Racismo Contra Mulheres Negras. Florianópolis. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 2, 2020.

COSTA, M. C. *et al*. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, p. e59553, 2017.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al*. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1037-1050, 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al*. **Atenção primária à saúde:** protocolo de atendimento a mulheres em situação de violência. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: University of Bristol, 2019. Disponível em: https://sites.usp.br/generoviolenciaesaude/wp-content/uploads/sites/748/2021/05/protocolo_de_atendimento.pdf. Acesso em: 13 fev. 2025.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Revista de Medicina**, São Paulo, Brasil, v. 92, n. 2, p. 134-140, 2013. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v92i2p134-140. Disponível em: https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953. Acesso em: 5 nov. 2024.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al*. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 299-311, abr. 2009.

EREIRA, S.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. I Am from the Ghetto, I Am Black, I Live in the Slum and They Think: Why Bother with Her? Racism in Seeking Help Experiences for Domestic Violence in Brazil. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 40, n. 5-6, p. 1037-1062, 2025. DOI: 10.1177/08862605241256389.

INSTITUTO DATASENADO. **Pesquisa DataSenado:** Pesquisa Nacional de Violência contra a Mulher. Brasília, DF: Secretaria de Transparência do Senado Federal, nov. 2023. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/pesquisa-nacional-de-violencia-contra-a-mulher-datasenado-2023.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**: Convenção de Belém do Pará. 1996. Promulgada pelo Decreto n.º 1973, de 1 ago. 1996. Disponível em: http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm. 3 dez. 2024.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Revista Interface**, v. 13, p. 71-86, 2009. Supl. 1.

PAZ, P. O. *et al*. Vulnerability of Women in Situation of Violence in Specialized Service. **Aquichan**, Bogotá, v. 19, n. 2, e1922, Jun. 2019. DOU: https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.2. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-

599720190002000002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2025.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health **Care Interface (Botucatu)**, v. 22, p. 1525-1534, 2018. Supl. 2.

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

SARDINHA, L. *et al*. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. **Lancet**, v. 399, n. 10327, p. 803-813, 26 Feb. 2022. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02664-7. Epub 16 Feb. 2022. PMID: 35182472; PMCID: PMC8885817.

SCHRAIBER, L. B. *et al*. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 359-367, 2007.

SCHRAIBER, L. B. *et al*. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Unesp, 2005.

SCHRAIBER, L. B. *et al*. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação, v. 7, n. 12, p. 41-54, fev. 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100004. Acesso em: 17 fev. 2025.

SCHRAIBER, L. B.; BARROS, C. R. S.; CASTILHO, E. A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, p. 237-245, 2010.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica:** Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos: Novas Questões para o Campo da Saúde. 2. ed. [*S. l.: s. n.*], 2003.

SOARES, B. **Enfrentando a Violência contra a Mulher**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. Disponível em: https://www.ucamcesec.com.br/textodownload/enfrentando-a-violencia-contra-a-mulher-orientacoes-praticas-para-profissionais-e-voluntariosas/. Acesso em: 17 fev. 2025.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015:** homicídio de mulheres no Brasil. Brasília, DF: FLACSO, 2015. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wpcontent/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 17 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence**: a clinical handbook. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women**: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against women prevalence estimates**, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/341337. Acesso em: 17 fev. 2025.

ANEXO - ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DOS AMBIENTES PRIVATIVOS E INDIVIDUALIZADOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, CONHECIDOS COMO SALA LILÁ

Considerando que este Guia busca oferecer instrumentos e diretrizes para profissionais de saúde garantirem os direitos das mulheres em situação de violência e oferecer cuidado apropriado, incluímos aqui as orientações da Nota Técnica Conjunta n.º 264/2024 – Cgesmu/DGCI, Desco e Deppros/Saps/MS; CGVIVA/Daent/SVSA/MS; e Dahu/Saes/MS, publicada no final de 2024 pelo Ministério da Saúde. A Nota tem como objetivo apoiar os serviços de saúde no cumprimento da Lei n.º 14.847/2024, que dispõe sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado nos serviços do SUS. A versão original da nota está disponível no site do Ministério da Saúde e aqui editamos algumas partes para evitar redundâncias.

Como explicitado ao longo deste Guia, a atenção às mulheres em situação de violência demanda uma abordagem atenta aos direitos humanos e à integralidade do cuidado.

Orientações Gerais

É importante reconhecer que o ambiente onde o cuidado ocorre impacta diretamente na qualidade da assistência nesse contexto, esta Nota Técnica tem como objetivo apresentar orientações para a implementação e o funcionamento do que conhecemos como Sala Lilás nos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade da atenção.

A Lei n.º 14.847, de 25 de abril de 2024, alterou o artigo 7º da Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) para dispor sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência. Segundo o novo texto da legislação, esse atendimento deve ocorrer em ambiente privativo e individualizado nos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS. Além da Lei n.º 14.847/2024, consideramos as diretrizes da legislação brasileira, os protocolos internacionais e as boas práticas de saúde voltadas à humanização do cuidado, com ênfase nas mulheres, nas crianças e nos adolescentes – vítimas ou testemunhas. No caso de crianças e adolescentes, destacamos a importância de considerar as diretrizes da Lei n.º 13.431/2017, para os espaços de atendimento às crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência.

> **Lei n.º 14.847, de 25 de abril de 2024.**
>
> Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado nos serviços de saúde prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde.
>
> Art. 1º O art. 7º da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único: "Art. 7º .... Parágrafo único. Para os efeitos do inciso XIV do caput deste artigo, as mulheres vítimas de qualquer tipo de violência têm o direito de serem acolhidas e atendidas nos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS, na rede própria ou conveniada, em local e ambiente que garantam sua privacidade e restrição do acesso de terceiros não autorizados pela paciente, em especial o do agressor." (NR)

Do texto da Lei, depreende-se que o espaço físico dos serviços de saúde deve ser projetado ou adaptado para acolher e atender mulheres em situação de violência de forma humanizada, segura e sigilosa, de forma integral e equitativa, alinhada com os princípios do SUS.

O Ministério da Saúde destaca que os projetos de arquitetura e infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde e maternidades do novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) trazem a Sala Lilás como ambiente obrigatório. Nos demais, é preciso adaptar os serviços para o cumprimento da Lei.

Esse espaço pode ser entendido como mais do que uma estrutura física: é um compromisso dos serviços de saúde com a transformação da qualidade do atendimento prestado às mulheres e com o fortalecimento de sua confiança. Aqui nos referiremos a este espaço como Sala Lilás, como é amplamente conhecido.

Destaca-se que a falta de um espaço individualizado para mulheres em situação de violência não é justificativa para a não realização do acolhimento ou atendimento dos casos de violência. Conforme a atual redação da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, é responsabilidade de todos os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, o atendimento imediato e prioritário, assim como a notificação compulsória. Portanto, nenhum serviço de saúde está isento da responsabilidade de atender, informar e encaminhar para o atendimento necessário. Cabe à gestão local proceder com as adaptações necessárias para a adequação à Lei.

Cientes de que o aprimoramento dos serviços de atenção a mulheres em situação de violência constitui um desafio contínuo, o Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de integração entre toda a gestão da saúde e as demais áreas do Estado, bem como a corresponsabilidade de todos na garantia de espaços físicos adequados para acolhimento e atendimento, transcendendo a atuação exclusiva de serviços especializados. Para tanto, a qualificação do cuidado exige planejamento estratégico e criterioso, considerando as particularidades de cada contexto.

A importância da ambiência nos serviços de saúde na atenção às situações de violência

A ambiência nos serviços de saúde refere-nos ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

A Sala Lilás enquanto ambiente deve qualificar a inclusão do atendimento na rede e afirma o cuidado com o espaço físico onde se realiza a atenção à saúde, organizado para que favoreça as atividades ali desenvolvidas, com privacidade, tranquilidade, segurança, acolhimento e conforto, tanto para as pessoas atendidas quanto para o trabalho das equipes. Esse cuidado inclui: o projeto dos espaços; elementos de decoração, iluminação, disposição dos móveis e outros detalhes; a implementação de abordagens qualificadas para a atenção prestada pelos(as) profissionais; a disponibilidade de insumos e ferramentas apropriadas para a resolutividade dos atendimentos; e a organização cotidiana da atenção de forma integrada a outros serviços.

As reformas e as adaptações físicas nos serviços de saúde devem priorizar a criação de um ambiente acolhedor e seguro, para garantir a privacidade das mulheres atendidas, para que não haja nenhuma forma de discriminação e para que seja efetivado o papel dos serviços de saúde na rede de atenção às vítimas de violência. Já a partir da atualização dos projetos de arquitetura e infraestrutura previstas no PAC para as Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária e para as maternidades, a população terá acesso a novos ambientes, inclusive a Sala Lilás. Os novos projetos já estão adequados às disposições desta Nota e estão em conformidade com as normas sanitárias.

Vale ressaltar que, a depender da organização da rede de atenção e das necessidades identificadas pela gestão, a estruturação proposta nesta Nota Técnica pode ser adaptada à arquitetura dos serviços de saúde para funcionar em salas multifuncionais ou outros espaços disponíveis, desde que sejam mantidas as condições de humanização, sigilo e privacidade.

Por fim, sobre a ambiência, ressalta-se que o funcionamento desses espaços depende de estarem asseguradas as condições adequadas de trabalho, apoio interno e segurança para os profissionais de saúde.

Características a serem observadas na organização da Sala Lilás

1. Ambiente reservado, entrada preferencialmente individualizada e sinalização adequada

Os espaços para atendimento às mulheres devem ser identificados de forma discreta (evitando nomes como “Sala Lilás” ou “Sala de Violência”, que podem expor o motivo do atendimento) para garantir a privacidade e o sigilo das mulheres. É possível usar um símbolo que oriente a equipe sobre o que está acontecendo ali, de forma discreta. É fundamental que todos os profissionais conheçam e referenciem corretamente este espaço, inclusive profissionais atuantes nos serviços que não sejam profissionais de saúde – como agentes de portaria, de limpeza ou de segurança. O local pode, ainda, ser identificado apenas por símbolos ou siglas. Sugere-se que a entrada da sala seja localizada em área com menor fluxo de pessoas e ter acesso preferencialmente individualizada, assegurando um espaço de acolhimento privativo e sem interrupções; e ser acessíveis a pessoas com mobilidade reduzida e pessoas com deficiência, além de possuir telefone ou outro sistema de comunicação interna para solicitar apoio da equipe, se necessário. A entrada independente para a sala de acolhimento evita a circulação da pessoa em situação de violência por outros setores do serviço, minimizando o risco de constrangimento ou exposição. Trata-se de uma adaptação ainda mais relevante para as mulheres em situação de violência sexual e que precisam ter acesso ao atendimento e a procedimentos que podem evidenciar a razão pela qual estão recebendo cuidado.

2. Cuidado às crianças que acompanham as mulheres

Sugere-se, ainda, a adaptação ou criação de um espaço de acolhimento infantil no serviço e destinado às crianças atendidas ou que acompanham as mulheres. Nos projetos de arquitetura e infraestrutura previstas no PAC para as Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária, o espaço está previsto próximo à recepção. Ele pode ser equipado com brinquedos pedagógicos adequados para diferentes faixas etárias, materiais para desenho e atividades lúdicas. A utilização de pisos antiderrapantes e materiais seguros é importante para garantir a proteção física das crianças. Isso não apenas alivia a carga emocional das mulheres atendidas, permitindo que elas se concentrem em suas consultas, mas também contribui para um melhor atendimento das famílias e comunidades, alinhado com os princípios do SUS de integralidade e de humanização.

3. Sobre os equipamentos e materiais necessários

Para o efetivo acolhimento e atendimento às mulheres em situação de violência, é necessário que os serviços de saúde tenham à disposição tenha à disposição:

Testes rápidos para IST: a oferta de testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), que permita o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo oportuno, reduzindo o risco de agravos e de transmissão. Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde vigentes e atualizados devem ser adotados na oferta da testagem rápida, preconizando o devido aconselhamento antes e depois da testagem, com orientações para o seguimento do rastreamento de acordo com a janela imunológica. A oferta dos testes rápidos para IST aplica-se tanto ao atendimento de violências sexuais agudas (até 72h) quanto crônicas (mais de 72h).

Medicamentos para profilaxia: situações de violência sexual demandam a profilaxia contra IST quando ocorridas em até 72h (violência sexual aguda). A Lei do Minuto Seguinte (Lei n.º 12.845/2013) dispõe como atendimento obrigatório a oferta das profilaxias contra IST em tempo oportuno, de forma gratuita e sigilosa, em todos os serviços de saúde.

Contracepção de emergência: a Lei do Minuto Seguinte também dispõe sobre a oferta de contracepção de emergência nas situações de violência sexual aguda. O serviço público de saúde dispõe de duas modalidades de contracepção de emergência: a pílula de levonorgestrel ("Pílula do Dia Seguinte") e o DIU de cobre. Ambos podem ser ofertados em até 120h (cinco dias) após a ocorrência da violência sexual, mediante orientação adequada para escolha autônoma da sobrevivente de violência e para o seguimento do cuidado.

Kits para coleta de vestígios da violência sexual: nos serviços cadastrados como referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual, de acordo com as portarias vigentes, devem estar disponíveis os kits para coleta de vestígios da violência sexual. Quando o serviço for designado como referência para o atendimento a mulheres em situação de violência, é essencial que esteja equipado com materiais adequados para a coleta de vestígios, caso essa seja a vontade da vítima, e para facilitar o acesso à justiça. É fundamental que esses kits sejam utilizados por profissionais devidamente capacitados, e que estes sigam os protocolos estabelecidos, garantindo a integridade das evidências e a dignidade da pessoa atendida durante todo o processo. Para mais detalhes sobre esta etapa, consultar a Nota Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (2015).

Materiais, insumos e serviços de apoio para cuidado às lesões físicas: o atendimento humanizado às mulheres vítimas de violência física exige a disponibilidade de insumos básicos para o tratamento de lesões leves, o acesso rápido a serviços especializados e à documentação detalhada do atendimento inicial. Nos casos de lesões mais graves, que exigem exames complementares para apoio diagnóstico e terapêutico, bem como outros procedimentos relacionados ao cuidado, devem ser ofertados de maneira oportuna, célere e respeitosa. A condução a outros setores da unidade de saúde para a prestação de cuidados mais complexos precisa evitar, o quanto possível, a exposição da vítima de violência, assim como a situação precisa ser descrita cuidadosamente em prontuário pelo profissional que prestou o primeiro cuidado e teve o primeiro contato com a vítima – evitando que a pessoa precise repetir o relato e ser, assim, revitimizada.

Sistemas de informação integrados: estados, municípios ou o Distrito Federal que, eventualmente, não disponham de sistemas de informação integrados para registro em prontuário, devem preconizar a orientação aos seus profissionais para a redação de relatório de saúde pelo profissional de primeiro contato, que possa ser apresentado pela paciente nos demais serviços visitados para a prestação dos cuidados, com a mesma finalidade de prevenção da revitimização.

Mobiliário adequado: preconiza-se a disposição de mobiliário adequado para garantir o conforto da mulher e do(da) acompanhante durante o atendimento: disponibilidade de cadeiras confortáveis para espera; macas e leitos adequados, quando necessários. Os serviços devem dispor de maca e/ou mesa ginecológica para avaliação de eventuais lesões decorrentes de violência sexual, assim como o foco de luz clínico para exame ginecológico.

Materiais informativos e de apoio: disponibilização de cartilhas, fôlderes e outros materiais informativos sobre os diferentes tipos de violência, direitos, serviços da rede de atendimento e formas de denúncia devem estar disponíveis em linguagem clara, objetiva e acessível, inclusive em formatos adequados para pessoas com deficiência (versões em Braille, audiolivros, textos em linguagem de sinais e formatos digitais compatíveis com leitores de tela, por exemplo).

Ficha de notificação compulsória: ver as demais disposições deste Guia.

Demais disposições da Nota Técnica

Além disso, conforme os demais itens da presente publicação, é fundamental garantir a qualificação de todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde, de acordo com suas atribuições, para que todos possam oferecer atenção humanizada, escuta qualificada e identificação de sinais de violência. É parte da atenção às pessoas em situação de violência a organização de rede de serviços, articulação com a rede intersetorial, além de processos de monitoramento, conforme itens a seguir.

Na Nota Técnica original, há algumas disposições sobre o **fluxo de atendimento e acolhimento, além da integração entre os serviços.** Reafirmamos que apenas o acolhimento inicial deve ser feito em qualquer serviço de saúde. Após avaliação do risco e da identificação das necessidades de atendimento, ela pode seguir no próprio serviço ou nos serviços de referência. Em caso de dúvidas sobre as orientações atualizadas para o acolhimento das pessoas em situação de violência nos serviços de saúde, consulte o Ministério da Saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) deve coordenar o cuidado, assegurando que as mulheres sejam vinculadas às suas equipes de referência para um seguimento qualificado. O encaminhamento responsável, com compartilhamento ético de informações para prevenção da revitimização, e a articulação da rede são essenciais.

Sobre a **notificação compulsória,** destacamos que a garantia de um ambiente privativo para o atendimento pode facilitar a coleta de informações para a notificação, respeitando a privacidade da mulher. É fundamental, no entanto, que se garanta a qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, de acordo com suas atribuições, para que todos possam oferecer atenção humanizada, escuta qualificada e identificação de sinais de violência.

Em relação à **qualificação dos profissionais**, destacamos que a prática assistencial deve prezar pelo direito à vida livre de violência e à autodeterminação, o que inclui o respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos. A qualificação é continuada e deve ser parte da rotina dos serviços, oportunidades em que se sugere abordar:

- A diversidade das mulheres
- O reconhecimento dos sinais de violência
- O acolhimento e a escuta qualificada
- A aplicação dos instrumentos de avaliação de risco
- O conhecimento da legislação
- O manejo clínico
- As estratégias de comunicação
- A notificação compulsória
- A comunicação externa
- O encaminhamento para os diferentes pontos de atenção da rede de serviços
- O monitoramento dos casos
- A segurança no trabalho

Sobre a **avaliação das necessidades dos serviços para a atenção às vítimas de violência pela gestão**, a Nota Técnica sugere atenção para:

- **Avaliação das necessidades de adaptação dos serviços de saúde:** cabe aos gestores/gestoras de saúde locais avaliar as necessidades de adaptação dos serviços de saúde para o acolhimento e atendimento adequado a todas as pessoas em situação de violência. Esta avaliação deve ser criteriosa e levar em conta as especificidades de cada serviço de saúde, os recursos e as equipes disponíveis.
- **Dispositivos da Lei n.º 8.080/1990:** a avaliação deve considerar os dispositivos da Lei n.º 8080/1990, em especial a disponibilidade das salas reservadas e da capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; da necessidade de evitar duplicidade de meios para fins idênticos; e da organização da rede para garantir o acolhimento em todos os serviços de saúde e referenciar as pessoas em situação de violência aos serviços especializados.
- **Monitoramento e avaliação das ações de atenção:** o Ministério da Saúde sugere a elaboração de métricas de monitoramento das ações de atenção às pessoas em situação de violência. Não são dados obrigatórios, mas auxiliam a

gestão e os serviços a planejarem as ações e avaliarem que mudanças e adaptações são necessárias. O monitoramento e a avaliação contínua das mudanças implementadas são essenciais para identificar o impacto das ações, corrigir fragilidades e aperfeiçoar o fluxo de atendimento.

Por fim, a Nota Técnica destaca que a garantia de um ambiente acolhedor, seguro e que promova a privacidade é fundamental para o atendimento humanizado e eficaz a pessoas em situação de violência nos serviços de saúde. A implementação das ações descritas nesta Nota Técnica – considerando a Lei n.º 14.847, de 25 de abril de 2024, e as demais leis em vigor, os protocolos nacionais e internacionais e as melhores práticas em saúde – contribui para a construção de serviços de saúde mais justos, equitativos e resolutivos, que promovam a saúde integral e o bem-estar de todas.

CONTE-NOS O QUE PENSA SOBRE ESTA PUBLICAÇÃO.
CLIQUE AQUI E RESPONDA A PESQUISA.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL