

Ministério da Saúde

Violência Intrafamiliar

Violência Intrafamiliar

Orientações para a Prática em Serviço

Cadernos de Atenção Básica - nº 8



Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde

Violência intrafamiliar

Orientações para a prática em serviço

Cadernos de Atenção Básica Nº 8

Série A - Normas e Manuais Técnicos; nº 131

Brasília/DF
2002

© 2002. Ministério da Saúde.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8 – SPS
Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131 – MS
Tiragem: 70.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Políticas de Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, salas 718/720
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tel.: (61) 315 2598 / 315 2606 / 315 2824 / 315 2598 / 315 2606
Fax: (61) 226 4340 / 225 6388
E-mail: psf@saude.gov.br

Organizadora: Márcia Camargo

Consultoras: Elizabete Susana Wartchow, Lúcia Regina Fasolo, Maria Ângela Teixeira, Malvina Muzkat

Coordenação Editorial: Elcylene Maria de Araújo Leocádio (Saúde da Mulher), Sônia Regina de Oliveira Rocha (Promoção da Saúde)

Colaboradores: Ana Lúcia Ribeiro Vasconcelos (CN-DST/Aids), Ana Sudária de Lemos Serra (Saúde do Adolescente e do Jovem), Cecília Moura Ferreira (CNDM/Ministério da Justiça), Graciene Silveira (Departamento de Atenção Básica), Marcos Antônio de Ávila Vitória (CN-DST/Aids), Maria Eugênia Pesaro (Saúde da Criança), Maria do Socorro Fernandes Tabosa Mota (Saúde do Adolescente e do Jovem), Sheila Miranda (Saúde do Portador de Deficiência), Simone Gonçalves de Assis (CLAVES)

Revisão: Napoleão Marcos de Aquino (Promoção da Saúde)

Projeto gráfico e editoração: Carlos Neri, Eduardo Trindade

Produzido com recursos do Projeto Unesco – 914/BRZ/29

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte
Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito – CRB 1ª Região nº 1542

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.
Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. –
Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

96 p.: il. – (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131)

ISBN 85-334-0436-0

1. Violência domiciliar. 2. Profissionais em saúde. 3. Saúde pública. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM HQ 809

2001
EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA Trecho 4, Lotes 540/610
71200-040, Brasília – DF
Fones: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Sumário

Apresentação	05
Capítulo I. Dimensionando a violência na família	07
Capítulo II. Construindo uma linguagem comum	13
Capítulo III. Fatores de risco para a violência intrafamiliar	23
Capítulo IV. Lidando com situações de violência	27
Capítulo V. Violência contra crianças e adolescentes	33
Capítulo VI. Violência contra a mulher	47
Capítulo VII. Os homens e a violência	63
Capítulo VIII. Violência contra o idoso	71
Capítulo IX. Violência contra pessoas portadoras de deficiências	81
Capítulo X. Estratégias e compromissos para a prevenção da violência	85
Referências Bibliográficas	89
Anexos	91

Apresentação

A violência intrafamiliar atinge parcela importante da população e repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas. Configura-se um problema de saúde pública relevante e um desafio para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na realidade, a violência intrafamiliar é uma questão de grande amplitude e complexidade cujo enfrentamento envolve profissionais de diferentes campos de atuação, requerendo, por conseguinte, uma efetiva mobilização de diversos setores do governo e da sociedade civil. Tal mobilização visa, em especial, fortalecer e potencializar as ações e serviços na perspectiva de uma nova atitude, compromisso e colaboração em relação ao problema.

Com a edição do presente Caderno de Atenção Básica – Violência intrafamiliar - Orientações para a prática em serviço, o Ministério da Saúde pretende apoiar os estados e os municípios na implementação de ações que promovam a igualdade e o exercício dos direitos humanos. Aqui, a violência intrafamiliar é tratada segundo o gênero e os ciclos de vida, enfocando igualmente a violência contra as pessoas portadoras de deficiência. Os temas são desenvolvidos com o objetivo específico de orientar os profissionais nas ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da violência. Busca-se, ainda, estimular o estreitamento das relações entre as instituições atuantes nas áreas, da saúde, segurança, justiça, educação, defesa dos direitos humanos e movimentos sociais.

Para que este material seja utilizado com propriedade, é fundamental a sensibilização e a capacitação das diferentes categorias profissionais que atendem as pessoas em situações de violência intrafamiliar. Ao mesmo tempo, cabe aos diferentes níveis de governo promover o fortalecimento ou prover as condições necessárias para a operacionalização de medidas destinadas a conter e prevenir a violência. Ao publicar este Caderno, o Ministério da Saúde espera também contribuir para impulsionar o atendimento de tais requisitos, por entender que os profissionais que atuam na atenção básica de saúde e os gestores do SUS constituem agentes privilegiados para tanto.

Cláudio Duarte da Fonseca

Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde



Dimensionando a violência na família

A violência intrafamiliar é um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo, de forma continuada, especialmente mulheres, crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiência.

Mulheres

Estudos realizados em vários países demonstram a ocorrência de violência de maridos e companheiros contra suas esposas, em um dentre cada quatro casais (Heise, 1993)¹.

Para dimensionar o problema no Brasil, contamos com dados que, embora não-sistemáticos, permitem uma visão panorâmica da questão. São relevantes os estudos do Grupo Parlamentar Interamericano sobre População e Desenvolvimento (ONU, 1992), mostrando a ocorrência de mais de 205 mil agressões no período de um ano, segundo informações colhidas nas Delegacias da Mulher. Estas mesmas Delegacias, em 1993, registraram 11 mil estupros em doze grandes cidades brasileiras e uma agressão à mulher a cada 4 minutos. Pesquisa realizada pela FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em 1989, demonstra que 63% das vítimas de violência no espaço doméstico são mulheres e que, destas, 43,6% têm entre 18 e 29 anos; e outros 38,4%, entre 30 e 49 anos. Em 70% dos casos, os agressores são os próprios maridos ou companheiros.

Com base nesses dados, pode-se afirmar que a violência nas relações de casal é tão significativa que assume caráter endêmico.



Crianças e adolescentes

A violência contra as crianças e adolescentes é bastante subnotificada. Pesquisa realizada entre maio de 1997 e maio de 1998, coordenada pela Amencar², com o objetivo de caracterizar a violência envolvendo crianças de zero a catorze anos, em Porto Alegre e na região metropolitana, identificou 1.754 casos. Destes, 80% ocorreram dentro de casa. As situações mais freqüentes atingiram crianças de zero a três anos e de nove a 12 anos, sendo que apenas 263 vítimas receberam alguma forma de tratamento.

A violência doméstica na adolescência é também muito elevada e os profissionais de saúde precisam estar atentos ao problema em sua prática diária. Um trabalho do Comitê Latino-Americano de Estudos sobre a Violência (CLAVES), feito com uma amostra representativa de alunos das escolas públicas estaduais e particulares de Duque de Caxias/RJ, mostra que, em 1991, 31,6% dos 1.328 adolescentes entrevistados (11 a 17 anos), relataram sofrer violência por parte de ambos os pais; 13,6%, apenas violência da mãe, e 7,6%, do pai. No total, 52,8% dos adolescentes afirmam sofrer violência de um ou de ambos os pais. Em relação à violência severa, praticada pelos pais, observou-se um percentual de 12,8%.

Nas estimativas encontradas na literatura internacional, 80% dos abusadores têm idade em torno de 40 anos, e 70% são homens. Crianças que vivem com apenas um dos pais têm cerca de 80% a mais de riscos de sofrerem maus-tratos e 2,2 vezes mais chances de terem sua educação negligenciada.

Idosos

No que diz respeito aos idosos, no Brasil não há estudos que forneçam dados sobre números de casos e perfil das vítimas ou agressores. A experiência de alguns serviços, recentemente criados, mostra que o perfil assemelha-se ao encontrado em outros países. As vítimas são, geralmente, mulheres viúvas, de idade avançada, com problemas físicos ou cognitivos e que moram em companhia de familiares. A Promotoria de Atendimento ao Idoso de São Paulo, serviço pioneiro no país, recebe queixas de maus-tratos contra idosos cometidos por instituições ou por familiares, e 40% das 60 denúncias semanais de abuso dizem respeito à violência doméstica.

O mais extenso estudo com base populacional, realizado nos Estados Unidos, sobre violência contra idosos, mostrou a incidência de 32 casos em cada 1000 pessoas idosas.

Em 1997, estudo realizado no Canadá revelou que em 2% de todos os crimes violentos registrados, numa amostra de 179 delegacias de polícia, a vítima era uma pessoa idosa, com 65 anos ou mais. Em aproximadamente 1/4 destas ocorrências, os próprios membros da família haviam cometido os crimes.



Assim como ocorre com mulheres adolescentes e meninas, as mulheres com 65 anos ou mais são vítimas de violência intrafamiliar com mais frequência do que os homens da mesma faixa etária. O estudo canadense comprovou o envolvimento de familiares em 29% das ocorrências contra as mulheres idosas, comparado a 17% contra os homens idosos.

Outros estudos norte-americanos demonstram que a violência contra o idoso aumentou 106% no período de 1986 a 1994. Estimativas inglesas apontam incidência de 1 a 2 milhões de casos por ano. Entretanto, acredita-se que apenas um caso em 14 é denunciado. Os mesmos estudos revelam uma prevalência de negligência de 45%; abuso físico, de 26%; abuso financeiro, de 20%, abuso emocional, de 14%; abuso sexual, de 1,6%; e autonegligência de 50% dos casos.

Portadores de deficiência

No Brasil, não existem dados oficiais sobre a magnitude do problema da violência intrafamiliar com pessoas portadoras de deficiência.

Esta parcela da população está incluída em estudos realizados pela ONU, nas informações colhidas nas Delegacias da Mulher e da Criança, e nos estudos e pesquisas realizados no país, identificando a violência doméstica e o abuso sexual na criança e no adolescente.

Os casos de agressão registrados são identificados por vizinhos e por instituições que atendem pessoas com algum tipo de deficiência. Muitas vezes, a violência ocorre nas próprias instituições.

As vítimas geralmente são crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou com distúrbios de comportamento, que moram com seus pais, familiares ou estão institucionalizadas.

Quando se fala de pessoas portadoras de deficiência, o contexto da violência intrafamiliar assume características e dimensões distintas e variadas pelo fato destas pessoas requererem uma abordagem própria pois constituem um segmento que possui “diferenças” físicas, sensoriais e mentais aparentes. Essas diferenças são na maioria das vezes escondidas, disfarçadas ou negadas. As características individuais são anuladas frente às deficiências, e no contato interpessoal prevalece o estigma da deficiência. A desinformação sobre o potencial e sobre as habilidades do portador de deficiência leva à piedade, omissão, repulsa. Com frequência, os pais sentem-se culpados ou castigados por terem um filho com deficiência. Este contexto favorece o processo de violência no meio familiar.



Quando se fala de violência intrafamiliar, deve-se considerar qualquer tipo de *relação de abuso* praticado no contexto privado da família contra *qualquer um* dos seus membros. As estatísticas são eloqüentes ao assinalar o homem adulto como autor mais freqüente dos abusos físicos e/ou sexuais sobre meninas e mulheres. No entanto, o abuso físico e a própria negligência às crianças são muitas vezes cometidos pelas mães, e no caso dos idosos, por seus cuidadores.

Em geral, os casos de violência no Brasil são registrados em situações policiais, tratando-se, portanto, de casos de violência explícita, facilmente constatada. Porém, existem casos de violência psicológica, difíceis de serem percebidos e diagnosticados, tanto no nível institucional quanto pelo agressor ou pela própria vítima. A constante *desmoralização* do outro, por exemplo, é uma dessas formas. Os efeitos morais da desqualificação sistemática de uma pessoa, principalmente nas relações familiares, representa uma forma perversa e cotidiana de abuso cujo efeito é tão ou mais pernicioso que qualquer outro, já que pode promover distúrbios graves de conduta na vítima. Não encontrando recursos para se proteger, a vítima estará exposta a respostas cada vez mais violentas por parte do agressor.

Violência intrafamiliar: perdas sociais e de saúde

A prevalência significativa da violência intrafamiliar constitui sério problema de saúde, grave obstáculo para o desenvolvimento social e econômico e uma flagrante violação aos direitos humanos.

Em estudo de 1997, o Banco Interamericano de Desenvolvimento contabilizou que 25% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres, isto é, um em cada quatro, têm como causa a violência, o que reduz seus ganhos financeiros entre 3 e 20%. A mesma fonte aponta que filhos e filhas de mães que sofrem violência intrafamiliar têm três vezes mais chances de adoecer e 63% destas crianças repetem pelo menos um ano na escola, abandonando os estudos, em média, aos nove anos de idade.



Nas economias de mercado, segundo o Banco Mundial (Heise, 1993), a violência intrafamiliar representa quase um ano perdido de vida saudável em cada cinco mulheres de 15 a 44 anos, e ocupa peso similar à tuberculose, ao HIV, aos diversos tipos de câncer e às enfermidades cardiovasculares.

A violência intrafamiliar toma a forma de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais, econômicos ou patrimoniais, causando perdas de saúde ainda pouco dimensionadas. Percebê-la e registrá-la vem sendo um desafio para profissionais de todas as áreas. Segundo recentes estimativas (Heise, 1993), só são denunciados 2% dos casos de abuso sexual infantil dentro da família, 6% dos casos de abuso sexual fora da família e entre 5 e 8% dos casos de abuso sexual contra adultos. Nos casos de violência intrafamiliar contra mulheres adultas, segundo estudos realizados em vários países da América Latina, são denunciados entre 15 e 20% dos eventos (Shrader, 1992)³.

Os serviços de saúde têm dificuldades para diagnosticar e registrar os casos de violência intrafamiliar. O Conselho Científico da Associação Médica Americana divulgou, em 1992, que entre 22 e 35% das mulheres que recorrem a serviços de emergência urbanos exibem sintomas relacionados com os maus-tratos contínuos. Em estudo realizado junto ao hospital da Universidade de Yale, (Flitcraft e Stark, 1981)⁴ encontraram que aproximadamente uma em cada cinco mulheres maltratadas havia buscado o serviço em pelo menos 11 oportunidades, apresentando trauma por sofrerem violência continuada, não diagnosticada no atendimento. Neste estudo, 23% apresentaram aos médicos de seis a 10 lesões por maus-tratos.

Em São Paulo, em estudo realizado junto aos serviços da rede básica de saúde, (Lucas e Schraiber, 1998)⁵ concluíram que perceber a violência pode melhorar a eficácia das ações já tradicionais no campo da saúde reprodutiva, beneficiando-se especialmente as mulheres que fazem uso do serviço por problemas recorrentes.



Construindo uma linguagem comum

Uma das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde que lidam com situações de violência é a falta de uma linguagem e de conceitos que reúnam o conhecimento médico ao de outras áreas, como a social e jurídica. Visando minimizar tal problema, procuraremos estabelecer esta relação tanto através da linguagem como através de conceitos importantes para o problema da violência.

Família

Chama-se família ao grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consangüinidade ou de convivência.

A família é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos; quem primeiro transmite os valores, usos e costumes que irão formar as personalidades e a bagagem emocional das pessoas. A dinâmica e a organização das famílias baseiam-se na distribuição dos afetos, criando, no espaço doméstico, um complexo dinamismo de competições. Essas disputas são orientadas pelas diferenças de poder entre os sexos e, no contexto afetivo, motivadas pela conquista de espaços que garantam o amor, o reconhecimento e a proteção, necessidades básicas da condição humana. Trata-se, dessa forma, de disputas que estimulam sentimentos ambíguos de amor/ódio, aliança/competição, proteção/domínio entre seus mem-



bros. Famílias despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos tendem a se tornar violentas.

Por outro lado, é preciso compreender a família como uma estrutura que se modifica segundo contextos sociais, culturais e históricos. É importante considerar o papel da família nuclear, baseada em poucos indivíduos e adscrita à convivência nos limites do espaço doméstico compartilhado, que vem a substituir as famílias extensas, baseadas em uma rede ampla de parentesco e que entrelaçava sua funcionalidade à da produção rural e comércio de mercadorias. A família contemporânea fundamenta-se na privacidade – espaço restrito de relações pessoais afetivas, onde o número de integrantes e seus laços foram restringidos.

Hoje, existem várias formas de organização familiar - as famílias monoparentais, as reconstruídas, as uniões estáveis, os casais do mesmo sexo, as famílias tradicionais. Uma criança pode ter um pai biológico e pais sociais (que se integram ao grupo familiar, assumindo papéis paternos).

Essas mudanças geram um novo contexto de relações de poder e inter-relações, um universo diferente de expectativas e de representações subjetivas no âmbito da família, com dificuldades próprias, envolvendo todos os seus membros: pais, mães e filhos.

Gênero

É a construção cultural coletiva dos atributos da masculinidade e feminilidade. Esse conceito foi proposto para distinguir-se do conceito de sexo, que define as características biológicas de cada indivíduo.

Para tornar-se homem ou mulher é preciso submeter-se a um processo que chamamos de *socialização de gênero*, baseado nas expectativas que a cultura tem em relação a cada sexo. Dessa forma, a identidade sexual é algo construído, que transcende o biológico.

O sistema de gênero ordena a vida nas sociedades contemporâneas a partir da linguagem, dos símbolos, das instituições e hierarquias da organização social, da representação política e do poder. Com base na interação desses elementos e de suas formas de expressão, distinguem-se os papéis do homem e da mulher na família, na divisão do trabalho, na oferta de bens e serviços e até na instituição e aplicação das normas legais.

A estrutura de gêneros delimita também o poder entre os sexos. Mesmo quando a norma legal é de igualdade, na vida cotidiana encontramos a desigualdade e a iniquidade na distribuição do poder e da riqueza entre homens e mulheres.

Durante séculos, as mulheres foram educadas para submeterem-se aos homens. A “domesticação” da mulher foi consequência da necessidade dos homens assegurarem a



posse de sua descendência. O fato de que a maternidade é certa e a paternidade apenas presumível (ou incerta) sempre foi um fantasma para a organização da cultura patriarcal. O controle da sexualidade e da vida reprodutiva da mulher garante a imposição das regras de descendência e patrimônio e, posteriormente, um sistema rígido de divisão sexual do trabalho. Assim, a mulher passa a ser tutelada por algum homem, seja pai, tio ou marido.

Este sistema de divisão sexual do trabalho, cuja finalidade primeira foi a de regulamentar a reprodução e organizar as famílias, acabou por dar aos homens e mulheres uma carga simbólica de atributos, gerando uma correlação entre *sexo* e *personalidade* que foi interpretada como característica inerente aos sexos. Atribuiu-se à natureza de homens e mulheres aquilo que era da cultura. Pensar que a mulher é frágil e dependente do homem ou que o homem é o chefe do grupo familiar pode levar as pessoas a concluir que é natural que os homens tenham mais poderes que as mulheres e os meninos mais poderes que as meninas.

Este tipo de pensamento sempre justificou o autoritarismo masculino, interpretando a violência do homem contra a mulher como algo natural. Isso impregnou de tal forma nossa cultura que, assim como muitos homens não assumem que estão sendo violentos, muitas mulheres também não reconhecem a violência que estão sofrendo .

Violência intrafamiliar

A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra.

O conceito de **violência intrafamiliar** não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre mas também às relações em que se constrói e efetua.

A violência doméstica distingue-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados.

Estas distinções construíram-se à medida que os estudos e políticas sobre o tema, recentemente, passaram a preocupar a sociedade. Particularmente, a violência doméstica é um fenômeno trazido à luz pelos movimentos sociais de mulheres. Por esta razão, muitas vezes o termo foi utilizado para descrever situações de violência intrafamiliar, no espaço doméstico, atingindo as mulheres por sua condição de gênero. Este tema foi posto em evidência, também, pelos movimentos de defesa da criança e do adolescente, que desde a década de



50 atuam nos países do primeiro mundo. Aqui no Brasil, apenas mais recentemente, desenvolveram-se movimentos e organizações sociais atuantes contra o maltrato infantil e de proteção à criança e ao adolescente, especialmente a partir da elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990.

Ainda no relatório anual *Condiciones de Salud en Las Americas* (OMS/OPAS,1991), outros aspectos relevantes do problema são apontados:

“Um fator significativo da vitimização pode ser o fato de que a mulher foi socializada para ser mais desvalorizada, passiva, resignada e submissa que o homem. Sem dúvida, a explicação da origem deste fenômeno, e sua magnitude, há que buscá-la nos fatores culturais e psicossociais que predispõem o agressor a cometer esta violência e nas formas em que a sociedade tolera, e inclusive estimula, este comportamento. A maior parte desta violência se tolera em silêncio, se legitima em leis e costumes e se justifica como ‘tradição’ cultural. Sua forma mais endêmica são os maus-tratos à esposa, o qual ocorre de forma universal em todos os grupos raciais, culturais e socioeconômicos. A prevalência real de maus-tratos a mulheres não se conhece, dado que os casos de abuso seguem sendo pouco notificados. Por um lado, porque a mulher se envergonha do fato, o aceita, teme represálias do companheiro, ou da família, ou porque não encontra apoio no sistema jurídico.”

A violência intrafamiliar expressa dinâmicas de poder/afeto, nas quais estão presentes relações de subordinação-dominação. Nessas relações – homem/mulher, pais/filhos, diferentes gerações, entre outras – as pessoas estão em posições opostas, desempenhando papéis rígidos e criando uma dinâmica própria, diferente em cada grupo familiar.

É preciso chamar atenção também para a violência resultante da falta de acesso aos serviços necessários, da falta de qualidade ou inadequação do atendimento, que representa mais uma agressão a pessoas que buscam assistência por terem sofrido violência intrafamiliar. Alertar para este tipo de violência – a qual chamamos de institucional - é muito importante, pois as pessoas que sofrem violência intrafamiliar estão especialmente vulneráveis aos seus efeitos.

Tipos de Violência

A violência intrafamiliar pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade. Estas formas de violência não se produzem isoladamente, mas fazem parte de um seqüência crescente de episódios, do qual o homicídio é a manifestação mais extrema.



Violência física

Ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder em relação a outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física.

Esta violência pode ser manifestada de várias formas:

- ◆ tapas
- ◆ empurrões
- ◆ socos
- ◆ mordidas
- ◆ chutes
- ◆ queimaduras
- ◆ cortes
- ◆ estrangulamento
- ◆ lesões por armas ou objetos
- ◆ obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias, inclusive alimentos.
- ◆ tirar de casa à força
- ◆ amarrar
- ◆ arrastar
- ◆ arrancar a roupa
- ◆ abandonar em lugares desconhecidos
- ◆ danos à integridade corporal decorrentes de negligência (omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros).

Violência sexual

É toda a ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter



gratificação. A violência sexual ocorre em uma variedade de situações como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual.

Inclui, entre outras:

- ◆ carícias não desejadas
- ◆ penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos de forma forçada
- ◆ exposição obrigatória à material pornográfico
- ◆ exibicionismo e masturbação forçados
- ◆ uso de linguagem erotizada, em situação inadequada
- ◆ impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro(a) em utilizar preservativo
- ◆ ser forçado(a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas, além do casal

Os abusos sexuais institucionais, ou seja, os que são perpetrados em instituições encarregadas da proteção e bem-estar da criança, adolescente, deficiente, idosos, doentes mentais, assumem importância, uma vez que estes espaços passam a constituir o lar destes indivíduos.

Segundo a Conferência Regional Latino-Americana e Caribenha (ONU, 1994), o abuso sexual intrafamiliar é aquele realizado por membros da família nuclear (pai, mãe, padrasto, madrasta, irmãos) ou por membros da família extensiva (avós, tios(as), primos(as), ou outros).

Estupro

O estupro é todo ato de penetração oral, anal ou vaginal, utilizando o pênis ou objetos e cometido à força ou sob ameaça, submetendo a vítima ao uso de drogas ou ainda quando esta for incapaz de ter julgamento adequado. A definição do Código Penal, de 1940, delimita os casos de estupro à penetração vaginal, e mediante violência. Esta definição é considerada restrita e atualmente encontra-se em revisão. A nova redação propõe definição mais ampla, que acompanha as normas médicas e jurídicas preponderantes em outros países.

Abuso sexual na infância ou na adolescência

Define-se como a participação de uma criança ou de um adolescente em atividades sexuais que são inapropriadas à sua idade e seu desenvolvimento psicosssexual. A vítima é forçada fisicamente, coagida ou seduzida a participar da relação sem ter necessariamente a



capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo (Gauderer e Morgado, 1992)⁶.

Abuso incestuoso

Consiste no abuso sexual envolvendo pais ou outro parente próximo, os quais se encontram em uma posição de maior poder em relação à vítima.

Costuma ser mantido em sigilo pela família pelo alto grau de reprovação social, embora ocorra entre diferentes grupos sócioeconômicos, raciais e religiosos. Condenado entre os tabus primordiais de nossa sociedade, recai sobre a vítima uma forte carga de culpabilização.

Tanto nos casos de abuso incestuoso como nos casos de assédio sexual, são relevantes as normas familiares, nas quais preponderam a autoridade parental e a reverência à esta autoridade (temor reverencial), mesmo quando há ameaça, constrangimento e abuso sexual. Estes aspectos transcendem a família, e podem ser percebidos em outras estruturas sociais e culturas com hierarquia rígida, calcadas sobre uma autoridade inquestionável, facilitando o abuso de poder.

Sexo forçado no casamento

É a imposição de manter relações sexuais no casamento. Devido a normas e costumes predominantes, a mulher é constrangida a manter relações sexuais como parte de suas obrigações de esposa. A vergonha e o medo de ter sua intimidade devassada, a crença de que é seu dever de esposa satisfazer o parceiro, além do medo de não ser compreendida, reforçam esta situação.

Assédio sexual

O assédio sexual pode ser definido por atitudes de conotação sexual em que haja constrangimento de uma das partes, através do uso do poder de um(a) superior na hierarquia, reduzindo a capacidade de resistência do outro.

Apesar do assédio sexual ser um problema cujo reconhecimento e visibilidade tem se acentuado nas relações profissionais com o crescimento da inserção da mulher no mercado de trabalho, há séculos também existe no interior das famílias e outras instâncias da organização social.

A dependência econômica, juntamente com o medo de ser desacreditado(a) e a vergonha, são fatores que impedem a vítima de denunciar a situação.



O assédio sexual se caracteriza principalmente pela dissimulação do assediador e pelos efeitos provocados à vítima. As situações descritas abaixo são características do assédio:

- ◆ clara condição para dar ou manter um emprego, posição sócioeconômica ou posição diferenciada com implicações nas relações familiares.
- ◆ influência na carreira profissional
- ◆ prejuízo no desempenho profissional e/ou educacional
- ◆ modo de ação do assediador geralmente inclui:
 - portas fechadas
 - sussurros
 - olhares maliciosos
 - comentários insistentes e não diretos
 - ameaças veladas

Violência psicológica

É toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui:

- ◆ insultos constantes
- ◆ humilhação
- ◆ desvalorização
- ◆ chantagem
- ◆ isolamento de amigos e familiares
- ◆ ridicularização
- ◆ rechaço
- ◆ manipulação afetiva
- ◆ exploração
- ◆ negligência (atos de omissão a cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros)
- ◆ ameaças
- ◆ privação arbitrária da liberdade (impedimento de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio dinheiro, brincar, etc.)



- ◆ confinamento doméstico
- ◆ críticas pelo desempenho sexual
- ◆ omissão de carinho
- ◆ negar atenção e supervisão

Violência econômica ou financeira

São todos os atos destrutivos ou omissões do(a) agressor(a) que afetam a saúde emocional e a sobrevivência dos membros da família. Inclui:

- ◆ roubo
- ◆ destruição de bens pessoais (roupas, objetos, documentos, animais de estimação e outros) ou de bens da sociedade conjugal (residência, móveis e utensílios domésticos, terras e outros)
- ◆ recusa de pagar a pensão alimentícia ou de participar nos gastos básicos para a sobrevivência do núcleo familiar
- ◆ uso dos recursos econômicos de pessoa idosa, tutelada ou incapaz, destituindo-a de gerir seus próprios recursos e deixando-a sem provimentos e cuidados

Violência institucional

Violência institucional é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional. Esta violência pode ser identificada de várias formas:

- ◆ peregrinação por diversos serviços até receber atendimento
- ◆ falta de escuta e tempo para a clientela
- ◆ frieza, rispidez, falta de atenção, negligência
- ◆ maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental
- ◆ violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar)
- ◆ desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico



- ◆ violência física (por exemplo, negar acesso à anestesia como forma de punição, uso de medicamentos para adequar o paciente a necessidades do serviço ou do profissional, entre outros)
- ◆ detrimento das necessidades e direitos da clientela
- ◆ proibições de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos
- ◆ críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento ou durante a internação
- ◆ diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência. Por exemplo, quando uma mulher chega à emergência de um hospital com “crise histérica” e é imediatamente medicada com ansiolíticos ou encaminhada para os setores de psicologia e psiquiatria, sem sequer ter sua história e queixas registradas adequadamente. A causa de seus problemas não é investigada e ela perde mais uma chance de falar sobre o que está acontecendo consigo.



Fatores de risco para a violência intrafamiliar

As populações e indivíduos estão mais - ou menos - expostos ao risco de adoecer ou morrer em função de fatores associados às suas condições biológicas, socioculturais e econômicas.

Em relação à violência intrafamiliar, pode-se identificar previamente a existência de condições particulares individuais, familiares e coletivas que aumentam o risco de ocorrência do problema.

Compete às equipes de Saúde da Família conhecer, discutir e buscar a identificação dos fatores de risco na população adscrita, para facilitar a definição de ações a serem desenvolvidas, com a finalidade de intervir preventivamente ou confirmar um diagnóstico, visando a adoção das medidas adequadas às diversas situações de violência intrafamiliar.

Fatores de risco da família

- ◆ famílias baseadas numa distribuição desigual de autoridade e poder, conforme papéis de gênero, sociais ou sexuais, idade, etc., atribuídos a seus membros
- ◆ famílias cujas relações são centradas em papéis e funções rigidamente definidos
- ◆ famílias em que não há nenhuma diferenciação de papéis, levando ao apagamento de limites entre seus membros
- ◆ famílias com nível de tensão permanente, que se manifesta através da dificuldade de diálogo e descontrole da agressividade



- ◆ famílias com estrutura de funcionamento fechada, onde não há abertura para contatos externos, levando a padrões repetitivos de conduta
- ◆ famílias que se encontram em situação de crise, perdas (separação do casal, desemprego, morte, migração e outros)
- ◆ baixo nível de desenvolvimento da autonomia dos membros da família
- ◆ presença de um modelo familiar violento na história de origem das pessoas envolvidas (maus-tratos, abuso na infância e abandono)
- ◆ maior incidência de abuso de drogas
- ◆ história de antecedentes criminais ou uso de armas
- ◆ comprometimento psicológico/psiquiátrico dos indivíduos
- ◆ dependência econômica/emocional e baixa auto-estima da parte de algum(ns) de seus membros, levando à impotência e/ou fracasso em lidar com a situação de violência

Fatores de risco na relação de casal

- ◆ indicativos de violência em relacionamentos anteriores, de pelo menos um dos parceiros
- ◆ contexto e características do início da relação indicativos de violência, como por exemplo, desapego, objetivos perversos, como interesse econômico, entre outros
- ◆ dinâmica agressiva, isolamento e fechamento da relação (dificuldade em lidar com terceiros)
- ◆ elevado tempo de convivência em situação de violência e desgaste acumulado
- ◆ baixa capacidade de negociação do casal quanto aos aspectos conflitivos da relação (dificuldade de lidar com terceiros)
- ◆ curva ascendente de grau, intensidade e frequência dos episódios de violência
- ◆ elevado nível de dependência econômica e/ou emocional dos parceiros
- ◆ baixa auto-estima e pouca autonomia dos parceiros
- ◆ sentimento de posse exagerado por parte dos parceiros (ciúmes exacerbados)
- ◆ alcoolismo e/ou drogadição de um dos membros do casal ou de ambos
- ◆ soropositividade da mulher, pelo HIV



Fatores de risco da criança

Referentes aos pais:

- ◆ pais com histórico de maus-tratos, abuso sexual ou rejeição/abandono na infância
- ◆ gravidez de pais adolescentes sem suporte psicossocial
- ◆ gravidez não planejada e/ou negada
- ◆ gravidez de risco
- ◆ depressão na gravidez
- ◆ falta de acompanhamento pré-natal
- ◆ pai/mãe com múltiplos parceiros
- ◆ expectativas demasiadamente altas em relação à criança
- ◆ ausência ou pouca manifestação positiva de afeto entre pai/mãe/filhos
- ◆ delegação à criança de tarefas domésticas ou parentais
- ◆ capacidade limitada em lidar com situações de estresse (perda fácil do autocontrole)
- ◆ estilo disciplinar rigoroso
- ◆ pais possessivos e/ou ciumentos em relação aos filhos

Referentes à criança:

- ◆ crianças separadas da mãe ao nascer por doença ou prematuridade
- ◆ crianças nascidas com mal-formações congênitas ou doenças crônicas (retardo mental, anormalidades físicas, hiperatividade)
- ◆ crianças com falta de vínculo parental nos primeiros anos de vida

Fatores de risco específicos do idoso

- ◆ várias doenças crônicas ao mesmo tempo
- ◆ dependência física ou mental
- ◆ déficits cognitivos
- ◆ alterações do sono
- ◆ incontinência urinária e/ou fecal



- ◆ dificuldades de locomoção
- ◆ necessidade de cuidados intensivos ou de apoio para realizar atividades da vida diária, como alimentar-se, ir ao banheiro, trocar de roupa ou tomar medicamentos

Fatores de risco na deficiência

- ◆ maior comprometimento físico ou mental e reduzida autonomia.
- ◆ dificuldade de locomoção
- ◆ hiperatividade
- ◆ dispersão



Lidando com situações de violência

Os profissionais de saúde estão em uma posição estratégica para detectar riscos e identificar as possíveis vítimas de violência intrafamiliar.

Com frequência, os profissionais de saúde são os primeiros a serem informados sobre episódios de violência. O motivo da busca de atendimento é mascarado por outros problemas ou sintomas que não se configuram, isoladamente, em elementos para um diagnóstico.

As pessoas submetidas à violência intrafamiliar, principalmente as mulheres e crianças, muitas vezes culpam-se de serem responsáveis pelos atos violentos, percepção que é reforçada pelas atitudes da sociedade (OMS/OPAS, 1991).

A carência de serviços ou respostas sociais adequadas e a intervenção apenas pontual constituem-se em obstáculo ou retardo na resolução do problema. A busca de novas formas de ação para alcançar soluções compatíveis na atualidade é um dos propósitos da elaboração deste protocolo. Os instrumentos jurídicos, o sistema de proteção e o sistema punitivo não têm conseguido diminuir a incidência da violência ou amenizar os seus efeitos. Em uma cultura na qual a idéia de intervenção junto às famílias foi, durante milênios vista, como uma forma indevida de invasão de privacidade e a figura do *paterfamiliae* ocupou o espaço de legislador da vida privada, este tipo de atuação não era reconhecida como legítima. Hoje, o status de pai/chefe de família deixou de ser natural e passou a ter que ser endossado, dentre outras formas, pela adequação do seu desempenho. Inclusive, através de mudanças legais, o pátrio poder passou a ser designado àquele que assume a responsabilidade parental, podendo ser exercido pelo pai ou mãe.



As instituições que prestam serviços - jurídicos, policiais, de saúde, educação - ainda não contam, em sua maioria, com sistemas de diagnósticos e registros apropriados. Todos estes fatores, somados ao desconhecimento e temor da sociedade frente à dinâmica das relações intrafamiliares violentas, levam as pessoas (tanto vítimas quanto agentes sociais) a evitar olhar para ela. Entretanto, é preciso assinalar que, a cada dia que passa, esses aspectos vêm sendo superados, haja vista o número cada vez maior de denúncias realizadas, principalmente nas Delegacias de Proteção à Mulher e Conselhos Tutelares, especialmente nas grandes cidades brasileiras.

É responsabilidade do profissional de saúde estar atento quanto à possibilidade de um membro da família estar praticando ou sendo vítima de violência, mesmo que não haja, à primeira vista, indicações para suspeitas. Através de observações, visitas domiciliares, perguntas indiretas ou diretas dirigidas a alguns membros da família, situações insuspeitas podem ser reveladas se houver um cuidado e uma escuta voltadas para estas questões. Mesmo que a família tente ocultar tais situações, a aproximação por parte do profissional poderá facilitar a abertura a um diálogo futuro, criando novos espaços de ajuda.

Deve-se destacar que – salvo situações de risco iminente, ou quando a vítima não tem capacidade de tomar decisões – a equipe de saúde deve oferecer orientações e suporte para que a vítima possa compreender melhor o processo que está vivendo, analise as soluções possíveis para os seus problemas, tomando a decisão que lhe pareça mais adequada.

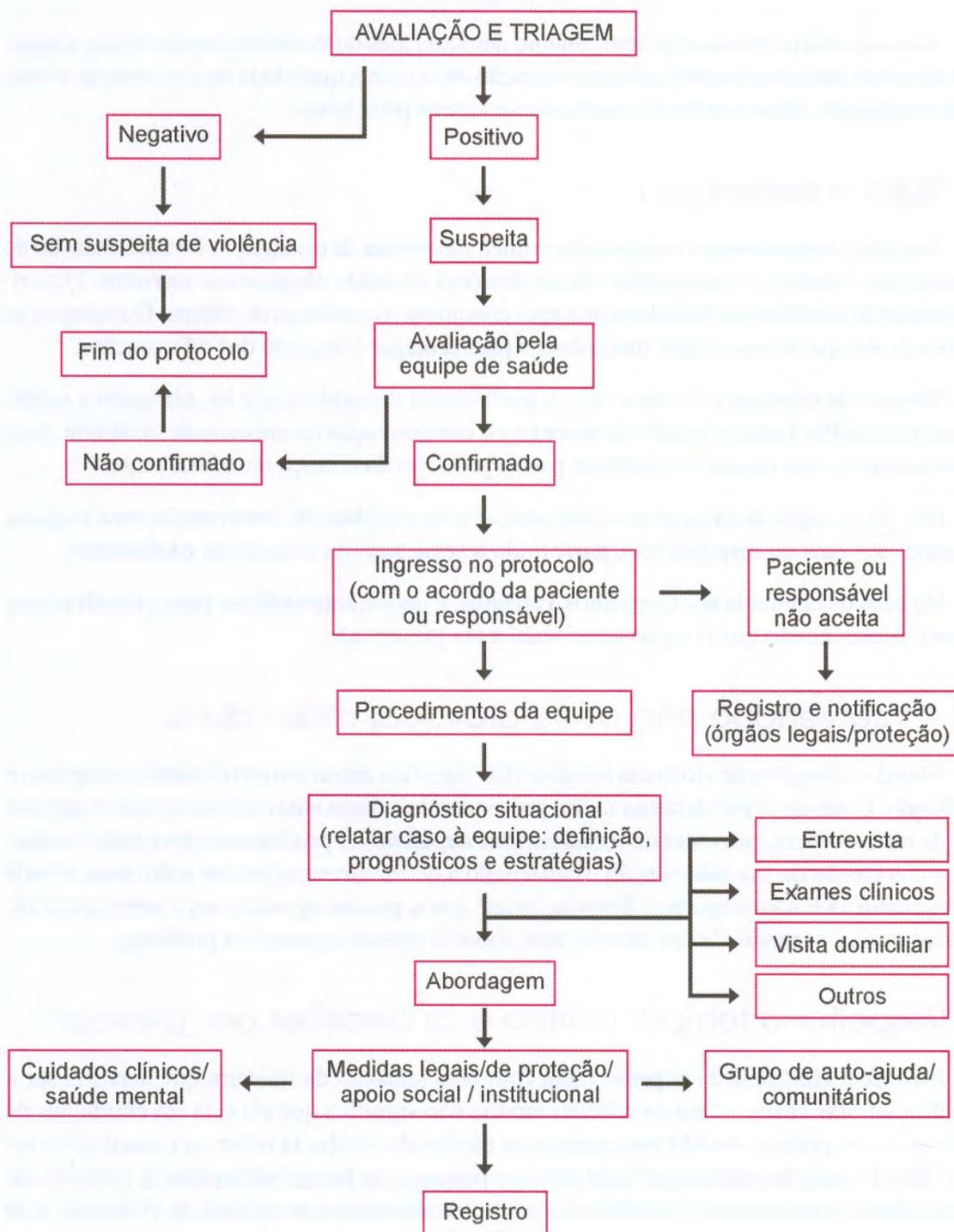
Esse suporte deve incluir a rede de serviços especializados (das áreas de saúde, social, de segurança e justiça) e da comunidade (associações de moradores, grupos de mulheres, grupos religiosos). A equipe de saúde nem a vítima devem agir sozinhas, para evitar riscos ainda maiores.

Os serviços devem estar equipados com instruções, telefones de emergência e recursos aos quais uma pessoa ou família possa recorrer, informações essas que devem estar ao alcance da população. No atendimento à situação de crise, é importante oferecer informações de referência, e inclusive assegurando-se de que os recursos foram acessados e forneceram as respostas necessárias.

Numa equipe, os diferentes profissionais assumem papéis e procedem de acordo com seu conhecimento e vivência acumulados. A equipe deve criar mecanismos para copartilhar a experiência de cada um de seus membros, possibilitando a adoção de práticas comuns que garantam maior qualidade ao atendimento.



GRÁFICO 1



Considerações éticas

Durante todo o processo de atendimento das situações de violência intrafamiliar, a equipe de saúde necessita manter uma preocupação ética com a qualidade da intervenção e suas conseqüências. Nesse contexto, destacam-se alguns princípios:

Sigilo e segurança

Às vezes, o atendimento representa a primeira instância de divulgação de uma situação de violência e constitui a oportunidade do profissional de saúde diagnosticar os riscos. O compromisso da confidência é fundamental para conquistar a confiança do cliente. O manejo e as ações da equipe devem incluir mecanismos para proteger o segredo das informações.

No caso de crianças e adolescentes, o profissional de saúde é, por lei, obrigado a notificar ao Conselho Tutelar quando da suspeita ou comprovação de um caso de violência. Esta notificação é uma medida importante para a proteção da criança ou adolescente.

Em geral, o que se evidencia nestes casos é a necessidade de intervenção para resgatar o papel dos pais ou responsáveis, garantindo a segurança da criança ou adolescente.

No caso de denúncia aos Conselhos Tutelares, é importante explicar para a família o seu papel, esclarecendo que o sigilo continuará a ser preservado.

A intervenção não pode provocar maior dano

Abordar situações de violência intrafamiliar significa entrar em um caminho complexo e delicado. O ato de expor detalhes muito pessoais e dolorosos a um estranho pode fragilizar ainda mais a vítima, provocando fortes reações negativas. O profissional deve estar consciente dos efeitos de sua intervenção e capacitado a desenvolver, acima de tudo, uma atitude compreensiva e não julgadora. Deve-se evitar que a pessoa agredida seja interrogada diversas vezes, por mais de um interlocutor, sobre o mesmo aspecto do problema.

Respeitar o tempo, o ritmo e as decisões das pessoas

Ao sofrer violência, cada pessoa lida com essa situação da maneira que acredita ser a melhor. Muitas vezes, o fato de solicitar auxílio não significa que ela está em condições de colocá-lo em prática, devido aos complexos efeitos da violência sobre sua saúde emocional. Não é papel do profissional acelerar este processo ou tentar influenciar as decisões de seus clientes, muito menos culpabilizá-los por permanecerem na relação de violência, mas sim confiar e investir na sua capacidade para enfrentar os obstáculos.



Os profissionais devem estar conscientes do impacto da violência sobre si mesmos

A violência intrafamiliar afeta a todos que, de alguma forma, se envolvem com ela, e os profissionais da saúde não são exceção. O contato com situações de sofrimento e risco, a insegurança e os questionamentos que desperta, bem como a impotência em obter soluções imediatas, exigem um tempo de autodedicação para proteção e alívio de tensões. Por este motivo, é preciso criar oportunidades sistemáticas de discussão, sensibilização e capacitação que proporcionem um respaldo à equipe para expor e trabalhar seus sentimentos e reações.



Violência contra crianças e adolescentes

A violência contra crianças e adolescentes apresenta-se sob diversas formas, tanto que um sintoma ou sinal isolados, não permite afirmar sua existência. Por isso, é fundamental o olhar atento e crítico da equipe de saúde frente aos problemas identificados – seja de ordem física, sexual ou emocional – procurando a sua correlação com o relato da possível vítima, dos familiares ou pessoas de sua convivência sobre o ocorrido.

Manifestações clínicas

Na entrevista com a família, os dados podem divergir dos achados clínicos e não fazer sentido com a história relatada. É papel da equipe de saúde investigar, documentar e avaliar a ocorrência de violência sempre que encontrar um ou mais dos seguintes achados durante o exame físico:

◆ Transtornos na pele, mucosas e tegumento

- contusões e abrasões, principalmente na face, lábios, nádegas, braços e dorso
- lesões que reproduzam a forma do objeto agressor (fivelas, cintos, dedos, mordedura)
- equimoses e hematomas no tronco, dorso e nádegas, indicando datas diferentes da agressão



- alopecia resultante de arrancamento brutal e repetido dos cabelos
 - queimaduras no dorso e genitais, com marcas do objeto (cigarro, por exemplo)
 - lesões endobuciais ocasionadas por laceração do freio da língua por tentativa de introdução forçada de alimentos
 - síndrome da orelha de lata (equimose unilateral, edema cerebral ipsolateral e hemorragia retiniana)
 - *facies* de boxeador, por traumatismo facial
- ◆ **Transtornos músculo-esqueléticos**
- fraturas múltiplas – ossos longos em diferentes estágios de consolidação, secundárias à torção com sacudidas violentas, com rápida aceleração-desaceleração
 - fraturas de costelas em menores de dois anos
 - fraturas de crânio ou traumatismo craniano por choque direto ou sacudidas vigorosas (síndrome do bebê sacudido), concomitantes com edema cerebral, hematoma subdural e hemorragia retiniana, podendo também manifestar-se por convulsões, vômitos, cianose, apnéia e alterações de déficit motor.
 - hematoma subperiosteal de diferentes estágios (síndrome da criança espancada)
- ◆ **Transtornos viscerais**
- ruptura subcapsular de rim e baço, trauma hepático ou mesentérico que necessite intervenção cirúrgica de urgência
- ◆ **Transtornos genito-urinários**
- lesões na área genital e períneo: observar presença de dor, sangramento, infecções, corrimento, hematomas, cicatrizes, irritações, erosões, assaduras, fissuras anais, hemorroidas, pregas anais rotas ou afrouxamento do esfíncter anal, diminuição do tecido ou ausência himenal, enurese, encoprese, infecções urinárias de repetição sem etiologia definida
- ◆ **Transtornos psicológicos**
- aversão ao contato físico, apatia ou avidez afetiva
 - retardo psicomotor sem etiologia definida, com melhora quando a criança se separa da família (hospitalização)
 - transtorno do sono ou da alimentação
 - episódios de medo e pânico
 - isolamento e depressão



- conduta agressiva e irritabilidade
 - interesse precoce em brincadeiras sexuais ou conduta sedutora
 - choro fácil sem motivo aparente
 - comportamento regressivo
 - comportamento autodestrutivo
 - comportamento submisso
 - desenho ou brincadeiras que sugerem violência
 - baixo nível de desempenho escolar
 - fugas, mentiras, furto
 - tentativa de suicídio
 - fadiga
 - baixa auto-estima
 - aversão a qualquer atividade de conotação sexual
- ◆ **Outros**
- retardo pondero-estatural por aporte calórico inadequado
 - intoxicações por medicamentos especialmente anti-histamínicos ou sedativos
 - Síndrome de Münchausen por procuração (doenças simuladas ou provocadas falsamente pelos pais ou responsáveis)

Diagnóstico

Freqüentemente, a criança ou o adolescente maltratado não apresenta sinais de ter sido espancado(a), mas traz consigo múltiplas evidências menores, que podem estar relacionadas à privação emocional, nutricional, negligência e abuso.

Nessas circunstâncias, a capacidade de diagnóstico da equipe de saúde, ao lado do apoio comunitário e de programas de prevenção da violência, podem evitar, inclusive, os ferimentos secundários por maus-tratos que são causas significativas de morte entre crianças e adolescentes.

A criança ou o adolescente é freqüentemente levado para atendimento por história de falhas no desenvolvimento, desnutrição, obesidade, hipersensibilidade, personalidade reprimida, problemas de escolaridade ou outros sinais de negligência psicológica ou física.



Diante de uma suspeita de violência, é imprescindível questionar:

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

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico de violência contra a criança ou o adolescente, muitas vezes, pode ser confundido com outras patologias orgânicas. É extremamente importante que todos os profissionais da equipe de saúde reúnam os dados e evidências observados, de acordo com suas competências, para a construção de uma história precisa sobre o evento. Quando possível, são úteis informações colhidas na comunidade, com os professores na escola ou creche, amigos ou vizinhos, que podem, muitas vezes, trazer observações importantes sobre o funcionamento do núcleo familiar.

Várias patologias entram no diagnóstico diferencial, quando há suspeita de violência:

- ◆ raquitismo
- ◆ escorbuto
- ◆ sífilis congênita
- ◆ osteogênese imperfeita, doenças osteoarticulares
- ◆ hiperostose cortical infantil
- ◆ síndrome hemorrágica
- ◆ anomalias dermatológicas
- ◆ infecções de pele
- ◆ traumatismo acidental
- ◆ dano cerebral orgânico/neurológico
- ◆ transtornos de conduta, psicose ou transtorno *borderline* de personalidade.



Etapas importantes no diagnóstico diferencial

Do ponto de vista clínico

- ◆ realizar exame físico e neurológico acurado com avaliação de todas as partes do corpo examinado;
- ◆ solicitar raios X de ossos longos para avaliar fraturas recentes ou antigas e evidências de trauma por torção;
- ◆ solicitar coagulograma para descartar síndrome hemorrágica.

Do ponto de vista psicológico

- ◆ entrevistar toda a família em conjunto, para avaliar sua visão e respostas sobre o problema em questão, observar seu relacionamento e determinar o possível envolvimento de outros membros;
- ◆ utilizar um espaço reservado para a entrevista e fazer com que todos se sintam o mais confortáveis possível;
- ◆ afirmar que as condições físicas ou o comportamento do paciente são os seus principais motivos de preocupação;
- ◆ formular as perguntas de forma aberta, imparcial;
- ◆ procurar não ser acusador, concentrando-se nas condições da criança e possíveis causas que justifiquem seu estado atual;
- ◆ é fundamental estar atento aos detalhes.

Posturas a serem terminantemente evitadas:

1. Perguntar diretamente se um dos pais foi responsável pelo ocorrido.
2. Insistir em confrontar dados contraditórios ou aferir registros.
3. Confrontar os pais com descrições trazidas pela criança ou adolescente, especialmente nos casos de abuso, pois isso trai a confiança do(a) usuário(a).
4. Demonstrar seus sentimentos em relação à situação - como desaprovação, raiva, indignação.
5. Assumir postura de policial ou detetive.



Abordagem terapêutica

A abordagem deve ser multidisciplinar, sendo que a assistência ambulatorial ou hospitalização precisa ser criteriosamente decidida pela equipe, particularizando cada caso.

O trabalho junto a família é imprescindível e não deve ser apenas pontual. Essa família deve ser acompanhada durante um período que permita avaliar a possibilidade de retorno da criança à casa.

É indispensável um trabalho conjunto, em consonância com as Coordenadorias da Infância e da Juventude, Conselhos Tutelares e outros órgãos de proteção para que se possa determinar, com maior profundidade, a dinâmica do caso, seu diagnóstico e prognóstico.

Medidas gerais

- ◆ avaliação do risco da criança ou adolescente (grau de risco de repetição do abusador e capacidade da família proteger a criança de novos episódios)
- ◆ atendimento multidisciplinar
- ◆ denúncia à autoridade judicial pode ter função terapêutica e interromper o ciclo da violência intrafamiliar
- ◆ tratamento médico das lesões físicas, carências nutricionais e outras patologias associadas (DST/AIDS)
- ◆ acompanhamento com equipe de saúde mental
- ◆ atendimento da família e avaliação.

Medidas legais

O laudo do caso deve ser enviado ao Conselho Tutelar, Coordenadorias da Infância e da Juventude ou Fórum da Comarca, para que sejam tomadas as devidas providências legais e de proteção. Este encaminhamento deve ser feito pelo profissional que acompanhou o caso, outro membro da equipe ou, preferencialmente, pela direção da instituição. Os profissionais de saúde devem acompanhar o caso mesmo durante os procedimentos legais.

O Ministério da Justiça mantém a linha **0800 990 500** - Sistema Nacional de Recepção, Tratamento, Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação de Denúncias de Exploração Sexual praticada contra crianças e adolescentes. Em parceria com a Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), o Sistema centraliza o recebimento e distribuição de denúncias aos órgãos envolvidos na apuração, responsabilização dos autores e proteção às vítimas.



A divulgação sistemática nos meios de comunicação de que a violência sexual é crime, associada a este sistema de denúncia, tem por objetivo sensibilizar a sociedade para a questão da exploração sexual e obter informações para subsidiar os órgãos locais responsáveis pelo combate às diversas formas de violência sexual entre crianças e adolescentes.

Hospitalização

A hospitalização é uma medida terapêutica utilizada apenas para casos graves e específicos. A possibilidade de manutenção ou reinserção da criança/adolescente na família de origem deve ser permanentemente avaliada.

A hospitalização é indicada somente quando:

- ◆ há risco de homicídio ou risco de vida
- ◆ pela gravidade do quadro clínico (indicação clínica e psicossocial)
- ◆ inexistência de outros recursos para a proteção contra novos episódios (risco de novas agressões).

Condutas que facilitam a abordagem do adolescente

Um dos desafios ao se lidar com adolescentes é a grande irregularidade e instabilidade de suas condutas (Zuznetsoff, 1993)⁷. Durante o atendimento, estarão surgindo comportamentos e expressões próprios da adolescência, os quais representam conflitos e fatores emocionais que mobilizam o profissional de saúde, além de exigir recursos específicos.

Alguns exemplos:

- ◆ mudanças repentinas cujas causas não são facilmente compreensíveis ou previsíveis
- ◆ racionalização ou intelectualização usada como mecanismo de defesa, característica típica desta fase, e que lhe serve de proteção contra os perigos internos e externos
- ◆ urgências e necessidades imediatas do adolescente - vive o presente - e seu discurso, que costuma basear-se nos acontecimentos imediatos.
- ◆ atitudes de questionamento frente às normas preestabelecidas, próprias da construção da identidade
- ◆ transformações físicas e psíquicas

Diante destas especificidades, próprias desta fase da vida, como abordar o adolescente favorecendo o diálogo e uma relação de confiança?



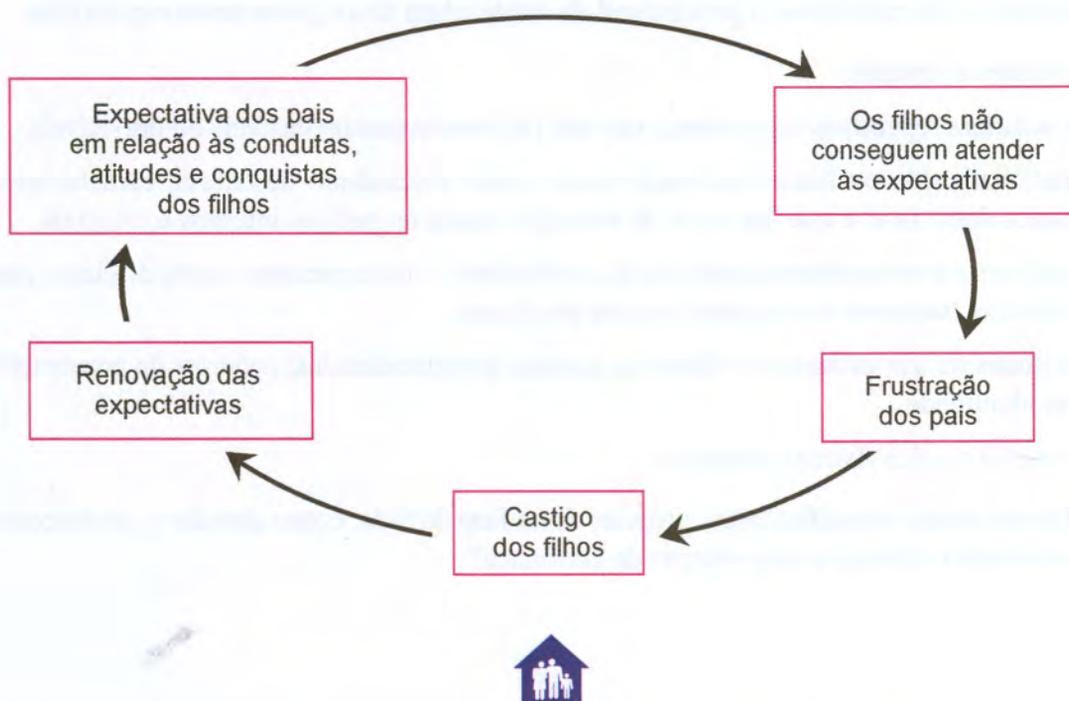
Para que isso ocorra, algumas posturas do profissional de saúde poderão ser úteis:

1. criar um clima de confiança
2. buscar a empatia
3. desempenhar sempre um papel ativo
4. demonstrar respeito
5. aceitar e compreender o adolescente
6. traçar alternativas concretas e sustentáveis de acordo com o grau de maturidade do adolescente.

Ciclo da violência contra crianças e adolescentes

O problema da violência contra crianças e adolescentes chega aos serviços de saúde em diferentes situações e momentos, principalmente quando o evento de agressão provocou repercussões graves. Esse quadro é, no entanto, precedido de situações menos agudas, difíceis de diagnosticar e, principalmente, encobridoras de seu caráter sistemático e constante. Exemplo disso são as demandas dos pais em relação aos filhos, quando inapropriadas à idade e ao seu nível de desenvolvimento neuropsicossocial. As dinâmicas do processo de violência contra crianças e adolescentes podem ser assim representadas:

GRÁFICO 2



Prevenindo a violência

De maneira geral, a prevenção à violência contra a criança e o adolescente é de extrema importância na sociedade, dada a gravidade de suas seqüelas físicas e psíquicas. Portanto, cabe à equipe:

- ◆ informar pais, mães e comunidade sobre as necessidades das crianças e adolescentes, esclarecendo seus direitos e normas de proteção
- ◆ identificar pais e mães de alto risco desde o período pré e perinatal
- ◆ desenvolver grupos de auto-ajuda para pais e mães de alto risco
- ◆ favorecer a vinculação das famílias com uma rede de apoio da comunidade (unidades de saúde, associação de bairros, grupos religiosos, clube de mães, etc.)
- ◆ incentivar o pai a acompanhar o pré-natal e o parto, para estreitar seu vínculo com o filho o mais precocemente possível
- ◆ incentivar o pai à participação nos cuidados do bebê
- ◆ facilitar o acesso a serviços de educação e assistência
- ◆ contribuir para o fortalecimento dos laços do adolescente com a família e amigos
- ◆ contribuir para a expressão e desenvolvimento dos adolescentes, respeitando novos valores
- ◆ organizar grupos de debates com profissionais de outras áreas envolvidas
- ◆ considerar a possibilidade de depressão puerperal e encaminhar a família para serviços especializados.



A história de Teresa

Solange, agente comunitária de saúde, estava realizando sua visita mensal de acompanhamento às crianças da creche comunitária do bairro, onde Teresa, de cinco anos, passa o dia enquanto sua mãe trabalha. Maria, uma das educadoras da creche, solicitou à Solange que verificasse a temperatura de Teresa, pois ela teria passado o dia anterior, em casa, com febre.

Solange, enquanto verificava a temperatura de Teresa, fez perguntas simples para saber melhor o que se passava com a menina:

- Sentes dor em algum lugar?
- Sim, respondeu Teresa.
- Onde é o "dodói"?
- Aqui, na minha "pepeca", disse Teresa, apontando com sua mãozinha para os órgãos genitais.
- O que foi que aconteceu para teres "dodói", aí?
- É, que ontem choveu...
- Choveu? interrogou Solange, pois não havia chovido no dia anterior.
- É, choveu amarelo na mão do papai...

Após algum tempo de conversa, Solange soube que Teresa ficara o dia anterior com o pai, Aníbal. A menina contou que eles ficaram em casa, sentados no sofá.

- A mamãe chegou em casa e ficou muito braba, e brigou com o papai.
- Por que ela ficou braba?
- Porque o papai ficou comigo no colo, sem roupa, e eu fiquei doente...
- Doente?
- É, com dor na "pepeca.



Abordagem

Solange buscou, na creche, informações sobre a família que se mudara há pouco para o bairro. Aníbal, o pai, é biscateiro e no momento está desempregado. Marta, a mãe, trabalha como faxineira. O casal está tendo dificuldades econômicas importantes e Marta se diz chateada com o marido que, em vez de procurar emprego, tem chegado alcoolizado em casa. Maria, a educadora da creche, relatou que, várias vezes, o pai de Teresa, alcoolizado, tinha vindo buscá-la mais cedo.

Solange encaminhou Teresa para uma consulta com a médica do posto e informou o caso ao Conselho Tutelar. A menina foi encaminhada para avaliação no Departamento ou Instituto Médico-Legal, que atestou a existência de assaduras, sem nenhuma evidência de lesão física grave.

A assistente social conseguiu fazer contato com a família de Marta, que acolheu Teresa. A família iniciou acompanhamento no serviço de saúde mental de referência com uma terapeuta de família. O casal está separado, enquanto Marta avalia se quer voltar a viver com Aníbal. Nas entrevistas com a família, foi constatado que Aníbal molesta freqüentemente a menina e demonstra pouca vontade para mudar seu comportamento, incluindo outros problemas, como a dependência de álcool e pouca disposição para o trabalho.



A história de Marina e Manuela

Marina, de 13 anos, foi à unidade de saúde acompanhada de sua irmã Manuela, de 15 anos, para uma consulta, pois está tendo dores de cabeça e na barriga, há vários dias. Esta é sua terceira consulta pelo mesmo motivo, em duas semanas. Como das outras vezes, foi atendida pelo dr. Sérgio que, ao examiná-la, não encontra nenhuma alteração importante. No entanto, chama-lhe atenção a forma como a menina se comporta, com extrema timidez, atitudes sedutoras e roupas provocantes.

Abordagem

Dr. Sérgio investiga os amigos de Marina na escola, vizinhança, etc. Marina é muito tímida, fala pouco e suas respostas são monossilábicas. Dr. Sérgio convida Marina e Manuela para participarem do grupo de bate-papo, formado por adolescentes que se reúnem uma vez por semana na unidade de saúde, sob a coordenação da enfermeira Kátia.

Marina e Manuela, após freqüentarem o grupo algumas vezes, de repente deixaram de comparecer. A enfermeira Kátia, em visita domiciliar, encontra Marina e pergunta porque ela não mais estava indo às reuniões. Acaba descobrindo que o *tio* não permitiu que continuassem no grupo. Marina conta que o *tio* é *muito bom mas, também muito brabo (sic)*. Não tendo para onde ir, não podem desagradá-lo. Aos poucos, Marina conta para Kátia que foram abandonadas pela mãe, prostituta, que vive com outro companheiro. O pai, alcoolista, mora no interior com outra companheira que também tem dois filhos e não permitiu que elas morassem com eles. Marina e Manuela conheceram José, de 67 anos, quando ele era vigia de uma obra e, nas vezes em que a mãe ia visitá-lo, elas também iam. Ficaram ami-



gas de José e, mesmo depois que ele rompeu com a mãe delas, o vigia convidava as meninas para almoçar e dava-lhes abrigo quando o padrasto não permitia sua entrada em casa. José prometeu que quando se aposentasse iria adotá-las como filhas e as meninas acreditavam que estava cumprindo a promessa. *Ele é muito bom, compra muitas roupas bonitas (sic)*. Marina comentou que ele é muito *carinhoso, mais que o próprio pai, mas às vezes seu abraço apertado* e seus elogios ao seu corpo a incomodavam um pouco (sic). Também não gostava quando ele dormia com ela e a irmã na cama.

A enfermeira Kátia informa o caso ao Conselho Tutelar. O Conselho consegue localizar a avó paterna, que acolhe as adolescentes em sua casa. José é convidado pela equipe da unidade de saúde a vir conversar sobre o assunto. Pede ajuda, pois reconhece que este seu problema foi a causa de sua separação da esposa e da família. É então encaminhado para a equipe de saúde mental de referência.



Violência contra a mulher

Mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde. Em geral, são tidas como “poliqueixosas”, por suas queixas vagas e crônicas, com resultados normais em investigações e exames realizados.

Manifestações clínicas

Estudos (Lyon,1997)⁸ têm mostrado que mulheres vítimas de abuso apresentam, com maior frequência, grande variedade de problemas de saúde física e mental, vários relacionamentos e maior chance de ter parceiros que as impeçam de trabalhar ou estudar.

As manifestações clínicas da violência podem ser agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais. Lesões físicas agudas (inflamações, contusões, hematomas em várias partes do corpo), em geral, são consequência de agressões causadas por uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento, queimaduras, sacudidas. Em alguns casos, podem provocar fraturas dos ossos da face, costelas, mãos, braços e pernas.

Nas agressões sexuais, podem ser observadas lesões das mucosas oral, anal e vaginal. A gravidade das lesões depende do grau de penetração e do objeto utilizado na agressão. As lesões das mucosas envolvem inflamação, irritação, arranhões e edema, podendo ocorrer inclusive perfuração ou ruptura. Doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), infecções urinárias, vaginais e gravidez são consequências que podem se manifestar posteriormente.



Semanas ou meses após a agressão, podem permanecer sintomas de dor no baixo ventre ou infecções, transtornos digestivos - como falta de apetite -, náuseas, vômitos, cólicas e dores de estômago, perda de peso, dores de cabeça e dores musculares generalizadas.

Entre os sintomas psicossomáticos estão a insônia, os pesadelos, a falta de concentração e irritabilidade, caracterizando-se, nestes casos, a ocorrência de estresse pós-traumático. Os efeitos sobre a saúde podem ser prolongados e crônicos, podendo ser evitados mediante tratamento e apoio apropriado, tanto pela equipe de saúde como pela família e amigos.

Alterações psicológicas podem ser decorrentes do trauma, entre eles o estado de choque que ocorre imediatamente à agressão, podendo durar várias horas ou dias. Outro sintoma freqüente é a crise de pânico, que pode repetir-se por longos períodos. Podem ainda surgir ansiedade, medo e confusão, fobias, insônia, pesadelos, auto-reprovação, sentimentos de inferioridade, fracasso, insegurança ou culpa, baixa auto-estima, comportamento auto-destrutivo - como uso de álcool e drogas -, depressão, tentativas de suicídio e sua consumação.

As manifestações sociais podem incluir isolamento por medo que outros descubram o acontecido, medo de que se repita, mudanças freqüentes de emprego ou moradia.

Diagnóstico

Com freqüência as mulheres procuram ajuda nos serviços de saúde em decorrência de palpitações, ansiedade, nervosismo, insônia ou perturbações digestivas vagas que podem ser sintomas decorrentes da tensão e da violência em seu cotidiano.

Antes de medicá-las, os profissionais de saúde devem sempre procurar conhecer sua história de vida, pois o tratamento meramente sintomático manterá oculto o problema. A maioria das mulheres, se perguntadas abertamente, discutirá as situações de violência que vivenciam. Mesmo que num primeiro momento elas neguem por não estarem preparadas para lidar com o problema, o questionamento pelo profissional de saúde, de maneira cuidadosa, facilita o início de um diálogo e a possibilidade de um canal de ajuda. Observou-se num determinado serviço que, ao serem perguntadas sobre violência em sua casa, as mulheres diziam não, mas respondiam afirmativamente a perguntas do tipo: você já foi agredida em casa por alguém da família? Já sentiu ou sente medo de alguém? Esse tipo de abordagem mostra que a escolha das palavras é fator importante para reconhecer o problema da violência e falar dele abertamente.

A visita domiciliar é de grande importância, pois permite a observação mais adequada para identificar, com mais segurança, a situação de violência.



Abordagem terapêutica

A natureza repetitiva da violência doméstica indica a importância da detecção precoce e prevenção de problemas futuros dela decorrentes.

É importante orientar as pacientes sobre a natureza e o curso da violência doméstica, fornecendo informações sobre os recursos existentes na comunidade, grupos de auto-ajuda e como prevenir novos episódios.

O acompanhamento psicológico, realizado por profissional da equipe de atenção primária ou de saúde mental, é útil para uma mudança nos padrões do relacionamento, em intervenções de longo prazo. Os profissionais devem identificar pacientes com alto risco de tornarem-se abusadores no futuro, os quais devem ser encaminhados a serviços de saúde mental para melhor lidar com situações de estresse e buscar alternativas não - violentas na resolução de conflitos.

Algumas atitudes são facilitadoras à abordagem nos casos de violência contra a mulher:

Doze passos da abordagem:

1. Desenvolver uma atitude que possibilite à mulher sentir-se acolhida e apoiada.
2. Ajudar a mulher a estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional para avaliar o histórico de violência, riscos, motivação para romper a relação, limites e possibilidades pessoais, bem como seus recursos sociais e familiares.
3. Conversar com a mulher sobre as diferentes opções para lidar com o problema que ela está vivenciando, garantindo-lhe o direito de escolha, fortalecendo sua auto-estima e autonomia.
4. Estabelecer passos graduais, concretos e realistas, construindo um mapa dos recursos, alternativas e ações, com vistas a implementar a metodologia a seguir.
5. Apoiar a mulher que deseja fazer o registro policial do fato e informa-la sobre o significado do exame de corpo de delito, ressaltando a importância de tornar visível a situação de violência.
6. Sugerir encaminhamento aos órgãos competentes: Delegacia Policial, de preferência Delegacia de Proteção à Mulher e Instituto ou Departamento Médico-Legal. Orientar a mulher quanto ao seu direito e importância de guardar uma cópia do Boletim de Ocorrência.



7. Estimular a construção de vínculos com diversas fonte de assistência, acompanhamento e proteção, reforçando a sistemática de atuação de uma rede de apoio.
8. Caso necessário, encaminhar ao atendimento clínico na própria unidade ou para serviço de referência, conforme a gravidade e especificidade de danos e lesões.
9. Conforme a motivação da mulher para dar andamento ao processo de separação, encaminhá-la aos serviços jurídicos – Defensoria Pública, Fórum local ou ONGs de apoio jurídico.
10. Sugerir encaminhamento para atendimento de casal ou família, no caso da continuidade da relação, ou quando houver filhos e portanto a necessidade de preservar os vínculos parentais.
11. Sugerir encaminhamento para atendimento psicológico individual, de acordo com a avaliação do caso.
12. Manter visitas domiciliares periódicas, para fins de acompanhamento do caso.

Medidas específicas nos casos de violência sexual

Nas situações onde houve estupro faz-se necessária a adoção de medidas específicas nas primeiras 72 horas, como a profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, HIV-Aids e prevenção da gravidez indesejada.

Anticoncepção de emergência (ACE)

A possibilidade de ocorrer concepção em um único coito sem proteção, num dia qualquer do ciclo menstrual, é de 2 a 4%, sendo este risco aumentado no período fértil. Por isso, a *Anticoncepção de Emergência* (pílula do dia seguinte ou pós-coital) é medida essencial para a prevenção da gravidez pós-estupro e, conseqüentemente, do aborto.

São indicados os métodos Yuzpe, que consiste na administração oral de pílulas combinadas (estrogênios e progestagênios), ou o uso de progestagênio puro (ver tabela a seguir). Para garantir a eficácia do método, a primeira dose da ACE deve ser iniciada até 72 horas após o coito desprotegido, e quanto mais cedo melhor.

Ressalta-se que a ACE é também indicada em outras situações, como a falha de método anticoncepcional ou a ocorrência de uma relação sexual não planejada, mas não deve substituir a pílula de uso diário ou outro método de alta eficácia. As mulheres devem estar bem informadas sobre o uso da ACE, suas vantagens e limites para evitar a utilização inadequada.



ANTICONCEPCIONAIS PARA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

NOME COMERCIAL	MODO DE USAR	DOSAGEM HORMONAL
POSTINOR, PILEN, POZATO, NORLEVO	1 comprimido de 12 em 12 horas (duas doses, total de 2 comprimidos)	Levonorgestrel 0,75 mg
EVANOR e NEOVLAR	2 comprimido de 12 em 12 horas (duas doses, total de 4 comprimidos)	Levonorgestrel 0,25 mg + Etilnil-estradiol 0,05 mg
ANFERTIL e PRIMOVLAR	2 comprimido de 12 em 12 horas (duas doses, total de 4 comprimidos)	d-l norgestrel 0,50 mg + Etilnil-estradiol 0,05 mg
NORDETTE, MICROVLAR e CICLO 21	4 comprimido de 12 em 12 horas (duas doses, total de 8 comprimidos)	Levonorgestrel 0,15 mg + Etilnil-estradiol 0,03 mg

Gravidez pós-estupro

Uma das conseqüências do estupro é a gravidez. Segundo muitas mulheres que passaram pelo problema, descobrir estar grávida após um estupro é uma situação que agride ainda mais a mulher. Ela sente-se impotente e, mais uma vez, se vê invadida pelo agressor. Seus direitos e sua liberdade foram violados.

Nessa condição, se a mulher não deseja manter a gestação, a interrupção pode ser realizada por médico, sem que haja punição pela prática do aborto, pois é uma situação prevista no art 128 do Código Penal Brasileiro:

“Não se pune o aborto praticado por médico:

- I. Se não há outro meio de salvar a vida da gestante*
- II. Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”.*

Nesses casos, a interrupção da gravidez pode ser feita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o documento “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes – Normas Técnicas”, publicado pelo Ministério da Saúde em 1999. Considerando-se que esta é uma situação bastante delicada e que, em geral, a mulher ou a adolescente encontra-se muito fragilizada, recomenda-se que, ao ser encaminhada para uma unidade de referência ela receba o apoio e acompanhamento – durante todo o processo - de um integrante da equipe de saúde da família.



Quimioprofilaxia das doenças sexualmente transmissíveis e HIV-AIDS

A quimioprofilaxia das infecções não virais, de transmissão sexual, para vítimas de violência, deve visar os agentes infecciosos mais prevalentes e de repercussão clínica importante. Sendo assim, os procedimentos recomendados são:

Exame clínico-ginecológico:

- ◆ Examinar a genitália externa e região anal, separar os lábios vaginais e visualizar o intróito vaginal.
- ◆ Introduzir o espécuro para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino.
- ◆ Inspeccionar períneo e ânus.
- ◆ Colher material para a realização da bacterioscopia, quando houver suporte laboratorial.
- ◆ Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococo e para a pesquisa de clamídia.
- ◆ Coleta imediata de sangue para sorologia para sífilis (VDRL) e HIV. Se disponível, testes rápidos poderão ser utilizados. Eles são necessários para avaliação da situação sorológica anterior ao episódio de violência. Os exames devem ser repetidos após 30 dias, para sífilis, e três a seis meses para HIV, depois do primeiro exame.

DST	QUIMIOPROFILAXIA	OBSERVAÇÕES
Sífilis (<i>Treponema pallidum</i>)	Penicilina G Benzantina, 2,4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhões UI em cada nádega).	Explicar sobre a importância de realizar a sorologia para sífilis (VDRL).
Cancro mole (<i>Haemophilus ducreyi</i>) e Infecção por <i>Chlamydia Trachomatis</i>	Azitromicina 1g, VO, dose única.	Em gestantes e nutrizes, usar Amoxicilina, 500 mg V.O. de 8 em 8 horas, durante 7 dias.
Gonorréia (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	Ofloxacina 400 mg, VO, dose única.	A ofloxacina é contra-indicada em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos. Nesta população, a quimioprofilaxia deverá ser realizada com a Cefixima 400 mg, VO, dose única.
Tricomoniase (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	Metronidazol 2g, VO, dose única.	Em gestantes, não se recomenda tratamento quimioprolático se a gestação não tiver completado o primeiro trimestre. O tratamento da infecção, quando instalada, somente deve ser realizado após esse período. As nutrizes devem suspender a amamentação por 24 horas. Por isso, devem ser orientadas quanto à retirada e armazenamento prévio do leite, para garantir a nutrição do bebê enquanto este não puder ser amamentado.



Imunoprofilaxia para as hepatites de transmissão sexual

Imunoprofilaxia para Hepatite B

Imunoglobulina – Após exposição ao vírus da hepatite B, a maior eficácia profilática é obtida com uso precoce da Gamablobulina Hiperimune (HBIG): 0,06 ml/kg de peso corporal, IM, dose única, dentro de 24 a 48 horas após a agressão sexual. Se a dose a ser utilizada ultrapassar 5 ml, dividir a aplicação em duas áreas diferentes. Não há benefício comprovado na utilização da HBIG uma semana após o incidente.

Vacina – Se possível, aplicar, ao mesmo tempo, a vacina para hepatite B, administrando 1,0 ml par adultos (na região deltóide) e de 0,5 ml para crianças menores de 12 anos (na região do vasto lateral da coxa), via intramuscular, no esquema de 3 doses. A segunda e a terceira doses devem ser administradas respectivamente após um e seis meses depois da primeira. A gravidez e a lactação não são condições que contra-indiquem a vacinação anti-hepatite B.

A duração da eficácia da vacina persiste por longos períodos, podendo ultrapassar 10 anos. Portanto, indivíduos vacinados que apresentem sorologia reativa não necessitam doses de reforço, devendo ser realizada somente pós-exposição, conforme o descrito acima.

Imunoprofilaxia para Hepatite A

Após exposição ao vírus da hepatite A (HAV), a forma mais efetiva de prevenção é a imunização. Essa imunização pode ser promovida também de duas formas:

Imunoglobulina – o uso de imunoglobulina, por via intramuscular, na dose de 0,02 ml/kg, administrada dentro das 2 semanas posteriormente à exposição. Sua eficácia é de 85% e a proteção tem uma duração de 3 a 6 meses.

Vacina – a vacina para hepatite A, feita com vírus inativado, é segura, altamente imunogênica e tem uma eficácia de 94% quando administrada em duas doses.

(Para maiores detalhes consultar o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, no site www.aids.gov.br).

Quimioprofilaxia para infecção pelo HIV após violência sexual

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência não pode ser feita como rotina e aplicada a todas as situações.

Ela exige uma avaliação cuidadosa quanto ao grau de risco da agressão, o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência, aconselhamento adequado



nas diferentes situações – onde se indica ou não a profilaxia, e para que haja adesão ao tratamento nos casos indicados.

Considerando a necessidade de se estabelecer um consenso mínimo sobre as rotinas a serem implantadas nos serviços de saúde, especialmente naqueles que atendem vítimas de violência sexual, sejam homens, mulheres, adolescentes ou crianças, o Ministério da Saúde elaborou protocolo específico sobre o assunto. Sugerimos aos profissionais de saúde – especialmente de enfermagem e medicina – a consulta a este material, que está disponível no site: www.aids.gov.br

Alguns centros de atendimento à mulher violentada estão conduzindo estudos ou projetos piloto de uso de tal profilaxia, conduta esta que vem sendo estimulada pelo Ministério da Saúde, porém ainda não há dados conclusivos a respeito.

Prevenindo a violência contra a mulher

A equipe de saúde pode apoiar as mulheres no reconhecimento do problema da violência, propiciando espaços de escuta individual e coletiva nas unidades de saúde, com o objetivo de identificar situações de risco e traçar medidas preventivas.

Ao identificar situações de risco, os profissionais de saúde devem estimular a mulher a procurar atendimento ou grupos de reflexão.

Na unidade de saúde, em seu trabalho de orientação aos usuários, durante as visitas domiciliares ou nas ações comunitárias, a equipe deve:

- ◆ promover a organização de grupos de mulheres com a finalidade de trabalhar as questões de gênero, poder, violência, fortalecimento da autonomia e formas alternativas de resolução de conflitos;
- ◆ facilitar o acesso a uma rede de apoio social (trabalho, moradia, etc.), buscando incluir a mulher e elevar sua condição de cidadania;
- ◆ promover grupos de homens com a finalidade de propiciar a discussão sobre a violência, relações de gênero, fortalecimento da auto-estima e formas alternativas de resolução de conflitos.

Por que as mulheres permanecem em uma relação de violência?

As diversas causas atribuídas à violência influenciam os sentimentos e comportamentos da mulher nessa situação, conduzindo a diferentes resultados.



Embora não seja possível determinar a causa da permanência da mulher em uma relação marcada pela violência, o conhecimento de alguns fatores envolvidos pode ajudar na compreensão do processo e de sua dinâmica.

História familiar

- ◆ Modelo familiar violento como importante fator de risco para a escolha de um parceiro violento e repetição do modelo parental
- ◆ Vivências infantis de maus-tratos, negligência, rejeição, abandono e abuso sexual
- ◆ Casamento como forma de fugir da situação familiar de origem, onde o parceiro e o relacionamento são idealizados.

Auto-estima

- ◆ Auto-imagem negativa, levando a mulher a ter dúvidas acerca de seu valor, capacidades e desempenho
- ◆ Sentimento de desvalorização
- ◆ Incerteza quanto a se separar de seu companheiro, mesmo que temporariamente.

Situação emocional

- ◆ Padrão de afeto deprimido e sentimentos de inferioridade, insegurança, desamparo e retraimento social
- ◆ Projeção de expectativas irreais de afeto, proteção, dependência e estabilidade no casamento
- ◆ Esperança quanto à possibilidade de mudança nas atitudes do companheiro
- ◆ Insegurança quanto a sua capacidade emocional de sobreviver sem um companheiro e sem um pai para seus filhos
- ◆ Sentimento de responsabilidade pelo comportamento agressivo do companheiro
- ◆ Tendência a atribuir e justificar o comportamento violento do companheiro por fatores externos, desresponsabilizando-o (dificuldades financeiras, desemprego, uso de drogas, etc.)
- ◆ Tendência a valorizar excessivamente o papel de provedor e “bom pai” no companheiro, justificando a tolerância à violência (ou em detrimento de outras necessidades).



Situação econômica

- ◆ Carência de apoio financeiro e de oportunidades de trabalho, ocasionando a dependência econômica e a falta de autonomia
- ◆ Medo das dificuldades para prover o seu sustento econômico e o de seus filhos, após a separação.

Situação emocional

- ◆ Medo das represálias por parte do companheiro
- ◆ Crença de que o companheiro cumprirá as ameaças em relação a si, aos filhos e aos seus familiares, tais como: morte, perda da guarda dos filhos, destruição da casa, transtornos no local de trabalho, invasão da casa após a separação, entre outras.

Carência de recursos sociais e familiares

- ◆ Descrédito e falta de apoio dos familiares, levando ao isolamento social
- ◆ Ausência de uma rede de apoio eficaz no que se refere à moradia, escola, creche, saúde e equipamento policial e de justiça.

Ciclo da violência no casal

Podemos considerar que as interações violentas de um casal estão vinculadas ao aumento de tensão nas relações de poder estabelecidas e que a relação de dominação/subordinação necessita ser confirmada.

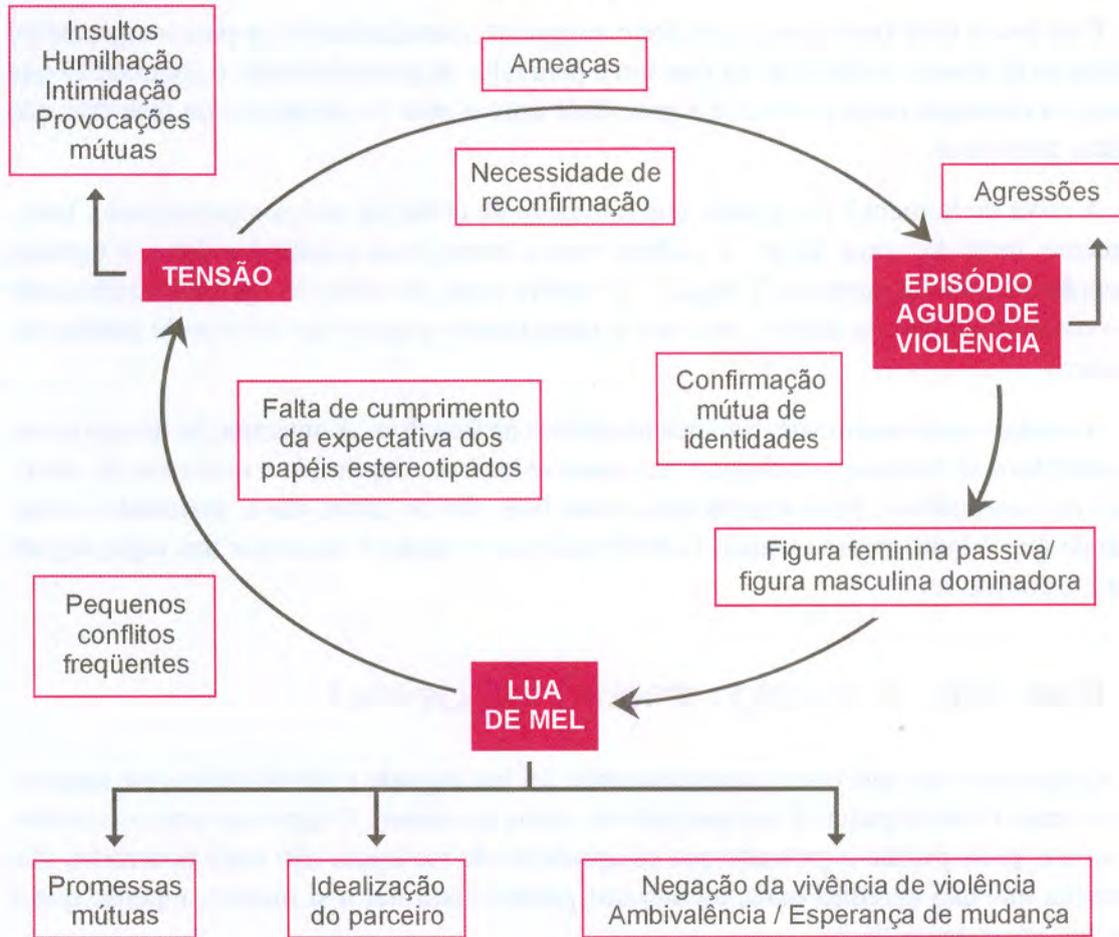
A situação de violência pode ser, então, uma tentativa de restaurar o poder perdido ou nunca alcançado, ou ainda a confirmação mútua da identidade (Mesterman, 1998)⁹ (Gregory, 1996)¹⁰.

O ciclo da violência, descrito por L. Walker (1979)¹¹, expressa como os diferentes fatores interagem num mesmo relacionamento de violência, através de sucessivas fases. Segundo Walker, nem todos os momentos são marcados pela agressão e entendê-lo é muito importante na sua prevenção e interrupção.

O ciclo da violência tem três fases distintas, as quais variam, tanto em intensidade como no tempo, para o mesmo casal e entre diferentes casais e não aparecem, necessariamente, em todos os relacionamentos.



GRÁFICO 3



Fase um: o aumento da tensão

Ocorrem pequenos, mas freqüentes, incidentes de violência. É mais fácil a mulher negar a sua raiva, atribuindo cada incidente à uma situação externa. Tenta acreditar que tem algum controle sobre o comportamento do agressor. Esta aparente aceitação estimula-o a não controlar a si mesmo, as tentativas de humilhação psicológica tornam-se mais fortes e as ofensas verbais mais longas e hostis. A mulher não consegue restaurar o equilíbrio na relação, ficando cada vez menos capaz de se defender. O homem aumenta a opressão, o ciúme e a possessividade quando observa que ela está tentando afastar-se. Os atos da mulher estão sujeitos a interpretações equivocadas. Ele vigia todos os seus passos. Qualquer situação externa pode atrapalhar o equilíbrio e a tensão entre os dois torna-se intolerável.



Fase dois: o incidente agudo da violência

Esta fase é mais breve que a anterior e a seguinte, caracterizando-se pela incontrolável descarga de tensão acumulada na fase um e pela falta de previsibilidade e controle. O que marca a distinção entre as fases é a gravidade com a qual os incidentes da fase dois são vistos pelo casal.

A raiva do homem é tão grande que o impede de controlar seu comportamento. Inicialmente, tenta dar uma “lição” à mulher, sem a intenção de causar-lhe dano, e termina quando crê que ela aprendeu a “lição”. O motivo para dar início às agressões raramente é o comportamento da mulher, mas um acontecimento externo ou um estado interno do homem.

A mulher, ocasionalmente, provoca incidentes na fase dois. A antecipação do que possa ocorrer leva ao estresse psicológico: ela torna-se ansiosa, deprimida e queixa-se de sintomas psicossomáticos. Seus sentimentos, nessa fase, são de terror, raiva, ansiedade, sensação de que é inútil tentar escapar. Com frequência, a opção é encontrar um lugar seguro para esconder-se.

Fase três: o apaziguamento/lua-de-mel

O agressor sabe que o seu comportamento foi inadequado e demasiadamente agressivo, e tenta fazer as pazes. É um período de calma incomum. O agressor a trata carinhosamente, pede perdão e promete que os episódios de violência não mais ocorrerão. Ele acredita que não agredirá mais, crendo que poderá controlar a si mesmo, e pensa que a mulher aprendeu a “lição”.

A mulher agredida precisa acreditar que não sofrerá mais violência. O agressor reforça a crença de que realmente pode mudar. Há predominância da imagem idealizada da relação, de acordo com os modelos convencionais de gênero. O casal que vive em uma situação de violência torna-se um par simbiótico, tão dependente um do outro que, quando um tenta separar-se, o outro torna-se drasticamente afetado. Esta fase parece ser mais longa que a fase dois, porém mais curta que a fase um.

Em diferentes combinações de casal para casal, estas fases resumem o que se chama de *dinâmica da violência*. Sua compreensão é muito importante para uma abordagem adequada, permitindo ao profissional não atuar vitimizando a mulher e culpabilizando o homem, mas compreendendo sua interação e interdependência na relação violenta.



A história de Flávia

Flávia é uma mulher de 26 anos, com dois filhos (8 e de 5 anos). Vive com João, seu companheiro há 9 anos. Procurou a unidade de saúde muito angustiada e abatida. Ao escutá-la, o profissional que a atendeu colheu sua história, da qual relatamos alguns dados relevantes.

Na infância, Flávia presenciou situações de violência do pai contra a mãe, o qual apresentava problemas relacionados ao uso abusivo de álcool. Foi vítima de tentativa de abuso sexual por parte do pai. No entanto, sua mãe, negando-se a acreditar, não tomou nenhuma providência. Sem o apoio da mãe, fugiu de casa aos 9 anos, sendo recolhida pelo Juizado da Infância e da Juventude e encaminhada à Fundação para o Bem-Estar do Menor (FEBEM), onde permaneceu até os 14 anos.

Após deixar a FEBEM, Flávia foi morar com uma irmã. Contudo, devido às precárias condições financeiras e de espaço na moradia, empregou-se como doméstica, aos 16 anos. Pouco tempo depois conheceu João, 21 anos, por quem se apaixonou e depositou expectativas de uma vida melhor. Foram morar juntos e ela, aos 18 anos, engravidou.

Embora João bebesse eventualmente, no início a relação parecia boa. Flávia passou a fazer faxinas como opção de trabalho. Após o nascimento da criança, o companheiro começou a demonstrar ciúmes excessivos, controlava suas roupas e a impedia de ter amigas. Com o tempo, agravou-se o uso de bebidas alcoólicas e começaram as agressões físicas. Flávia manteve-se na relação, engravidando do segundo filho e acreditando que isto iria melhorar a situação. No entanto, as agressões continuaram e após o nascimento do segundo filho, João a proibiu de trabalhar. Quando bebia, agredia também as cri-



anças. Flávia raramente saía de casa e, ao retornar, era acusada de ter se encontrado com outro homem. Algumas vezes, Flávia retirou-se, permanecendo na casa de amigas ou tias. Porém João a procurava, prometendo mudar, e ela o acompanhava por acreditar na possibilidade de mudança e também por não conseguir imaginar-se sozinha. Certo dia, João comprou um revólver e passou a ameaçá-la. Por ocasião do último episódio de violência física, amedrontada e sem o apoio dos amigos e parentes, que não mais acreditavam no seu desejo de mudança, Flávia fugiu de casa. Acompanhada dos dois filhos, foi procurar ajuda na unidade, local onde costumava obter atendimento de saúde para si e seus filhos.

Abordagem

Flávia depositou confiança em Clarice, profissional que procurou. Clarice ouviu atentamente seu relato com atitude de acolhimento e apoio, reunindo as informações necessárias para uma avaliação do histórico das pessoas envolvidas.

Na infância, Flávia viveu numa família onde a violência estava presente, o que a leva, inconscientemente, a reproduzir esta situação na vida adulta e a ter dificuldades para romper o ciclo da violência em seu cotidiano. Clarice avaliou, junto com ela, o seu nível de motivação para afastar-se definitivamente do companheiro ou se o seu desejo era obter auxílio para levá-lo a mudar de comportamento. Fez-se necessário investigar a história de João para avaliar se havia risco de vida para Flávia e seus filhos, e a forma de abordá-lo com segurança, alertando-se para o fato de que possuía uma arma.

Verificou-se ainda a existência de familiares ou amigos que pudessem acolher a família oferecendo-lhe segurança, ou a necessidade de que a mesma fosse para o abrigo (instituição que já havia sido implantada na cidade).



Foram levantados os recursos e alternativas disponíveis para aquele momento de crise, estabelecendo-se contato com a rede de apoio existente na comunidade e encaminhando-se Flávia aos seguintes órgãos:

- a) **Delegacia da Mulher**, a fim de denunciar o ocorrido (quando esta não existir, pode-se buscar outra delegacia);
- b) **Departamento Médico-Legal**, para realizar exame de corpo de delito (isto é fundamental, principalmente quando existir marcas da agressão);
- c) **Conselho Tutelar**, para denunciar a violência contra as crianças e verificar as providências necessárias.

Flávia também teve avaliada sua disponibilidade para receber atendimento psicoterápico individual ou em grupo (quando o Posto de Saúde não dispor deste serviço, deve-se encaminhar a paciente a um serviço de referência).

Ao chamar João para uma conversa, buscou-se estabelecer um vínculo de confiança e, assim, levá-lo a responsabilizar-se por seu comportamento e a compreender a importância de receber ajuda, encaminhando-o para tratamento em grupo. Neste caso, ele foi para o AA - "Alcoólicos Anônimos".

Atenção

Quando a mulher decide dar andamento ao processo de separação, deve ser encaminhada aos serviços jurídicos específicos (onde serão providenciadas a medida Cautelar de Afastamento, Busca e Apreensão e Separação Judicial). Nesta circunstância, é preciso estimulá-la e auxiliá-la na reorganização de sua vida, utilizando os recursos sociais disponíveis (creche, escola, emprego, moradia, bolsa-auxílio, cesta básica).



No caso de continuidade da relação, deve-se sugerir tratamento de casal/família.

Em ambos os casos, é imprescindível manter acompanhamento através de visitas domiciliares.

É muito importante estabelecer junto à equipe um diagnóstico e, sempre que possível, através de acompanhamento (inclusive domiciliar), atualizar o prognóstico em equipe e mobilizar recursos de acordo com o momento vivido pelo grupo familiar.



Os homens e a violência

Os homens são as maiores vítimas dos tipos de violência que levam ao óbito.

Em outros grupos da população, sobretudo crianças, mulheres e idosos, a violência não resulta necessariamente em óbito, mas repercute, particularmente, no perfil de morbidade, devido ao impacto continuado sobre a saúde.

A pressão cotidiana resultante da exigência do cumprimento de papéis sociais/culturais (provedor/protetor) ao lado do conjunto de “referenciais de masculinidade tais como estão ainda hoje definidos em nossa sociedade – como virilidade, conquista e sucesso – causam danos a milhares de homens, haja vista as estatísticas de mortes no trânsito, homicídios, envolvimento com drogas e criminalidade” (Nolasco)¹².

Em 1997, na população jovem, para cada mulher de 20 a 29 anos de idade, morreram 15 homens da mesma faixa, por projétil de arma de fogo, e uma mulher para cada cinco homens, em acidentes de trânsito.

A população masculina, além de armas de fogo e acidentes de trânsito, está também exposta a outros fatores de risco, como uso de álcool e de drogas. Menos frequentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à auto-agressão, como suicídio e as tentativas não consumadas. A população masculina jovem (de 20 a 24 anos) é o grupo que se encontra em maior risco para tal violência.



Discriminação de gênero e modelo de masculinidade

Em uma sociedade organizada com base na hierarquia entre os sexos, onde a mulher está em posição desfavorável em relação aos homens são estabelecidas normas e valores que criam limitações à liberdade e pleno desenvolvimento das potencialidades de homens e mulheres.

Em que pesem as diferenças culturais entre grupos sociais e econômicos, o padrão de comportamento sexual predominante na população masculina continua sendo de afirmação da posse sexual sobre a mulher, imposição de seu estilo e vontades. Delegam à mulher a responsabilidade sobre a prevenção da gravidez e abrem mão de grande parte das funções paternas.

Principalmente para os adolescentes, este contexto representa vulnerabilidades específicas, uma vez que as fantasias de poder características desta fase reduzem ainda mais o sentido do risco e da necessidade de segurança, que seriam apropriados ao cuidado e prevenção. É, portanto, neste contexto que encontramos uma maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis e HIV. A outra face deste mesmo fenômeno, a falta de iniciativa e a submissão, levam a um avanço recente e rápido da doença entre as mulheres heterossexuais em relações monogâmicas.

Os homens foram afastados da cultura do autocuidado, seja pelas fantasias de poder e onipotência, seja pelas práticas culturais que relegaram às mulheres a atenção a crianças e idosos. Com isso, os conhecimentos preventivos e curativos herdados e exercitados no cuidado doméstico são de domínio exclusivo das mulheres. Romper esta cadeia exige uma revisão dos mitos, e sobretudo uma divisão mais igualitária das funções produtivas e reprodutivas em nossa sociedade.

Do ponto de vista masculino, o principal reflexo do enquadramento ao papel de dominação foi a aceitação e submissão a situações que muitas vezes representam pesadas exigências.

Numa pesquisa recente com homens de cultura latina, Dr. David Guilmore¹³, antropólogo americano, identificou cinco pontos básicos que definem uma espécie de código de virilidade. Para ser considerado homem é preciso cumprir certas regras:

- 1. Ser competitivo** – o homem não pode ter medo. Tem que estar preparado para competir e vencer.



2. **Ser sexualmente potente** – precisa saber conquistar e manter mulheres ao seu lado. Um homem traído ou abandonado por sua mulher vê sua virilidade questionada.
3. **Ter auto-controle** – não pode mostrar fraqueza ou emotividade.
4. **Ser um bom provedor** – deve ser capaz de providenciar o sustento de sua família, sendo essa uma de suas principais funções.
5. **Fazer-se respeitar pela mulher** – não pode ser contestado por uma mulher diante de outros homens porque isso o desmoraliza.

O homem que não consegue satisfazer as expectativas impostas não encontra respaldo para sua masculinidade no imaginário cultural e a sua identidade fica ameaçada. Um homem não pode mostrar-se fraco e isso não é novidade para ninguém. Se a cultura patriarcal tirou os direitos das mulheres, ela exigiu muito dos homens, mais do que eles conseguem dar.

Os comportamentos violentos dos homens têm sua referência no contexto normativo de construção da masculinidade. Sentimentos pessoais de insegurança e impotência relativos a quaisquer áreas de desempenho podem ser negados e liberados através da violência. O exercício da violência tem como finalidade reequilibrar o sistema psíquico através de uma experiência instantânea de triunfo. Quando o indivíduo não possui auto-confiança suficiente para enfrentar suas necessidades e frustrações adultas procura, através do ato violento, resgatar alguma “dignidade”. Mesmo de forma fugaz, o agressor tem uma sensação de grandiosidade através da humilhação da sua vítima e da submissão desta. Trata-se de uma forma de demonstração de poder que não encontra, entretanto, qualquer correspondência de alívio interior, tendendo, a gerar cada vez um nível de irritabilidade maior, devido à depressão que se segue.

Um importante fator desencadeante dos atos violentos é o abuso de álcool e/ ou outras drogas. Na medida em que, pela ação no sistema nervoso central, estas substâncias tendem a inibir a censura, a pessoa passa a assumir condutas socialmente reprováveis.

Apesar da carência de pesquisa nesse campo, podemos observar, na clínica e na vida, conflitos e mecanismos de defesa muito semelhantes em homens e mulheres das mais variadas classes sociais. O mito de que a mulher é o único ser prejudicado pela cultura machista deve ser revisto à luz da subjetividade. Caso contrário, esta visão poderá nos conduzir a interpretações unilaterais e simplistas, atribuindo à mulher a condição de única vítima da cultura. No caso dos homens, eles têm permissão para agir de forma violenta, mas não têm permissão para modificar sua pauta de comportamentos.



Tais fatos nos remetem à rigidez dos papéis, outro princípio normativo da construção de gêneros. Cada vez que “fraquejam” sentem sua condição de homem ameaçada. É claro que isto ajuda a entender mas não justifica a violência do homem contra a mulher ou filhos.

Sabe-se que as pessoas violentas carecem de dois recursos básicos: auto-estima e segurança. O desejo de dominação que o homem demonstra em relação à mulher, ao contrário de confirmar seu poder, denuncia sua própria insegurança, sua condição de dependente. Questões emocionais, tais como, sentimentos de desamparo, abandono, desamor e baixa auto-estima não têm sido consideradas para o grupo masculino, pois tende-se a pensar que os homens sentem-se sempre fortes e poderosos. No entanto, a agressão, às vezes, parece ser para eles a única forma de resolução de conflitos. Em situação de confiança, homens agressores podem se mostrar receptivos para discutir e refletir sobre o assunto. Daí a importância das experiências de trabalho com homens, grupos de reflexão sobre masculinidade e novas formas de expressão do ser homem no mundo atual.

Abordagem

O primeiro passo no atendimento de uma situação de violência intrafamiliar é sempre garantir a segurança e proteção dos membros da família.

Conforme as estatísticas que já mencionamos, na maioria dos casos de violência intrafamiliar, o homem é o agressor. No entanto, há dois aspectos do problema para os quais devemos estar atentos. O homem pode estar diretamente na condição de agredido, ou mesmo na condição de agressor, e demandar assistência, pois sua vivência também é carregada de sofrimento. Em relação à abordagem com homens agressores, é fundamental o entendimento dos fatores associados a este comportamento, para evitar condutas culpabilizadoras ou vitimistas.

Apesar da indignação que sentimos diante do agressor é preciso poder ouvir suas razões e suas motivações, seus medos, inseguranças e dependências e ajudá-lo para que ele possa dar-se conta delas. É importante lembrar que na esfera doméstica cada um tem sua parcela de envolvimento, por diferentes formas de atuação ou omissão, portanto todos devem ser assistidos, se quisermos transformar padrões de comportamento. Ações punitivas e restritivas podem ser importantes à segurança, mas a interação com o problema através de uma abordagem terapêutica não pode ser negligenciada ou substituída por tais medidas.

Quando do atendimento a homens agressores, alguns objetivos podem ser buscados:



- ◆ Auxiliá-los a compreender a gravidade de seu comportamento.
- ◆ Identificar a existência ou não de violência nas relações afetivas anteriores, bem como na família de origem. Estes aspectos auxiliam a compreensão da natureza do problema e o quanto podem influenciar seu comportamento.
- ◆ Levá-los a compreender quais situações provocam o comportamento violento.
- ◆ Avaliar o quanto sentem-se motivados a receber auxílio para modificar este comportamento.
- ◆ Encorajá-los a responsabilizar-se por seus pensamentos, sentimentos, percepções e comportamentos.
- ◆ Informá-los sobre as diversas formas de violência e seu impacto na vida das pessoas envolvidas.
- ◆ Auxiliá-los a desenvolver uma forma mais positiva de pensar e sentir sobre si mesmos, fortalecendo sua auto-estima.
- ◆ Auxiliá-los a exercitar novas e mais adequadas formas de expressar sua agressividade.

Abordagem do casal

Quando a equipe de saúde se depara com um caso que demanda atendimento ao casal, em um primeiro momento, homem e mulher devem ser escutados separadamente. Considerando que a violência é um problema de interação do casal, não haverá a mesma abertura para fornecer as informações, caso o agressor esteja presente. Poderão ocorrer ameaças após o atendimento, aumentando o risco em vez de reduzi-lo.

Após a abordagem individual, o casal poderá ser atendido em conjunto, independentemente da decisão de permanecerem juntos, com vistas a lidarem de forma mais adequada com as situações de conflito.

Nos casos de dependência química, a pessoa deverá ser encaminhada para tratamento específico. Entretanto, é importante salientar que o abuso de drogas não constitui causa da violência, mas sim um fator desencadeante desta. É comum observar-se, nos depoimentos, uma contradição em relação ao comportamento do homem violento usuário de drogas, justificando que, quando “fora da droga”, é um bom pai/companheiro. Devemos lembrar que o uso abusivo de drogas é um sintoma e não deve constituir-se como foco único do tratamento. Este deverá abordar, num segundo momento, as questões emocionais do indivíduo, desenvolvendo sua responsabilidade pelas mudanças em sua vida e a conseqüente repercussão desse fato nas pessoas que conviveram com ele.



Prevenindo a violência na família

Do ponto de vista da masculinidade, a prevenção da violência implica, fundamentalmente, na necessidade de se discutir e produzir conhecimento a respeito dos papéis sociais de homem e pai na família e na sociedade, revisando e ampliando os conceitos e valores culturais estabelecidos (Medrado, 1998)¹⁴.

Neste sentido, é importante a sensibilização e responsabilização dos homens por seu comportamento sexual e papel na família. E também o reconhecimento social e legitimação de modelos mais flexíveis de masculinidade e paternidade - por exemplo, o reconhecimento do papel de provedora e chefe de família desempenhado por um número crescente de mulheres, ou a aptidão e o gosto pelo cuidado dos filhos e as tarefas domésticas de parte de alguns homens. Esses são fatores importantes na construção de relações afetivas e familiares mais saudáveis e igualitárias.

De um ponto de vista mais amplo, a mudança mais importante deve acontecer nas instituições sociais e políticas. É importante fator de prevenção a quebra da rigidez e autoritarismo com que a sociedade exerce controle, atribui papéis, inclui e exclui indivíduos da participação e interdita o usufruto de diferentes experiências e aspectos da vida afetiva no âmbito familiar, e de diferentes experiências e desafios no âmbito da vida social.



A história de Jorge

Jorge, 42 anos, e Marta, 39 anos, têm três filhos de 14, 11 e 5 anos. Há 16 anos, quando decidiram assumir o relacionamento, Marta já sabia que Jorge consumia bebidas alcoólicas abusivamente. Contudo, esperava conseguir auxiliá-lo a parar de beber. Com o decorrer do tempo, Jorge, ao contrário, aumentava o consumo, o que trouxe outros problemas como a troca constante de trabalho, as reações agressivas em relação à Marta, filhos, e a impulsividade com parentes, amigos e colegas. Devido ao ciúme exagerado, suas agressões tornaram-se mais e mais graves, chegando a ameaçar Marta com uma faca. O filho mais velho passou a enfrentar o pai quando ele estava bêbado, o que resultou em situações de grande violência e risco. Tudo isso levou Marta a procurar auxílio. Na unidade de saúde, após a primeira abordagem com Marta, o profissional solicitou a presença de Jorge. No atendimento do casal, Jorge manifestou sentimentos de desamparo, reconhecendo que estava acumulando perdas, como a confiança das pessoas que o rodeiam, oportunidades de emprego, e o afeto dos filhos e de sua companheira. Comentou que já havia realizado algumas tentativas de tratamento, mas sempre recaía. Contou que seu pai era alcoólatra e agredia sua mãe e filhos. O profissional de saúde, percebendo seu sentimento de fragilidade e impotência, ofereceu-lhe atendimento individual. Jorge, até então resistente, por acreditar que poderia resolver seus problemas sozinho, concordou em retornar.



Abordagem

O profissional avaliou que a família não estava em situação de risco importante ao ponto de separá-los do agressor, pois Jorge não tinha histórico policial e demonstrava interesse em modificar seu comportamento.

Após alguns atendimentos com o objetivo de formar vínculo e levá-lo a responsabilizar-se pela situação familiar, Jorge aceitou o encaminhamento para tratamento de desintoxicação. Marta também foi encaminhada para atendimento individual, conscientizando-se de sua participação nos conflitos e buscando as mudanças necessárias.

Após o período de desintoxicação, Jorge retornou ao atendimento individual, vinculando-se também aos Alcoólicos Anônimos (AA).

Considerando os resultados positivos dos atendimentos individuais e dispostos a examinar as questões conjugais, eles foram então encaminhados para atendimento de casal.

Já fortalecidos em sua auto-estima, Marta e Jorge puderam expressar, durante os atendimentos, suas diferenças na vida cotidiana e exercitar formas de negociação novas e mais saudáveis. Alguns sessões tiveram também a participação dos filhos, uma vez que estes também sofriam com a situação.

Após a alta do casal, o caso continuou a receber o acompanhamento da equipe da unidade de saúde.



Violência contra o idoso

O aumento da expectativa de vida somado à diminuição da taxa de natalidade, trouxe um aumento da população idosa em todo o mundo: a média de vida saltou de 49,5 anos, em 1972, para mais de 63 anos, hoje. Segundo as projeções da OMS para o Brasil, daqui a 15-20 anos, a população idosa será de 32 a 35 milhões de pessoas. São consideradas idosas as pessoas com mais de sessenta anos.

Os idosos tornam-se mais vulneráveis à violência intradomiciliar na medida em que necessitam de maiores cuidados físicos ou apresentam dependência física ou mental. Quanto maior a dependência, maior o grau de vulnerabilidade. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados agravam esta situação.

Apenas recentemente os maus-tratos contra os idosos passaram a ser reconhecidos como violência doméstica. A exemplo do que acontece com crianças, adolescentes e mulheres, a violência contra idosos também é subnotificada. Inúmeras ocorrências são registradas pelas equipes de saúde, nas emergências de hospitais e serviços de pronto-atendimento, sem que o diagnóstico final relacione o problema a possíveis maus-tratos cometidos por familiares ou cuidadores. Constata-se que a maioria dos profissionais de saúde ainda não está capacitada para identificar e encaminhar adequadamente os casos de violência contra idosos nos serviços de saúde ou de referência nas áreas de segurança e justiça.

Vários estudos têm demonstrado que a violência contra os idosos é responsável por elevados índices de morbimortalidade e manifesta-se de diversas maneiras: abuso físico, psicológico, sexual, financeiro, abandono, negligência e auto-negligência.



Para enfrentar esse problema é necessária a construção de uma rede integrada de atendimento aos idosos, envolvendo diferentes setores (governamentais e não governamentais) para atuação conjunta com a área de saúde. Nesse contexto, as equipes de Saúde da Família, ao lado de outros profissionais que lidam diretamente com a população, têm um papel relevante no sentido de dar maior visibilidade ao problema, visando a identificação de estratégias específicas para cada local.

A Política Nacional da Saúde do Idoso (Ministério da Justiça/APUSM, 1999) visa a manutenção e melhoria ao máximo da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a lhes garantir permanência no ambiente em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Manifestações clínicas

Como nos outros tipos de violência intrafamiliar, a causa da lesão que leva o paciente à unidade de saúde para atendimento médico nem sempre é relatada ou fica evidente.

A equipe de saúde deve suspeitar de maus-tratos ao idoso, na presença das manifestações listadas abaixo. Vale destacar que nem sempre os maus-tratos são praticados de forma intencional, podendo ser resultado do despreparo para lidar com a situação ou das condições socioeconômicas da família ou comunidade.

A abordagem deve ser respeitosa, buscando-se em primeiro lugar orientar os familiares ou cuidadores.

Abuso físico

- ◆ contusões, queimaduras ou ferimentos inexplicáveis, de vários formatos, de diferentes estágios e de formatos bem definidos, como marcas de corda, ataduras ou contenção nos punhos e tornozelos
- ◆ alopecia traumática ou edema de couro cabeludo

Abuso psicológico

- ◆ comportamentos bizarros: chupar dedo, embalar-se
- ◆ transtornos neuróticos
- ◆ transtornos de conduta

Abuso sexual

- ◆ lesão, prurido, sangramento, dor anal ou genital
- ◆ doenças sexualmente transmissíveis



- ◆ corrimentos, manchas ou sangramento nas roupas íntimas

Negligência

- ◆ desidratação ou desnutrição
- ◆ higiene precária
- ◆ vestuário inadequado ao clima/ambiente
- ◆ escaras, assaduras ou escoriações
- ◆ impactação fecal

Abuso financeiro

- ◆ necessidades e direitos não atendidos (compra de medicamentos, alimentação especial, contratação de ajudantes, livre utilização dos proventos) em consequência do uso de recursos financeiros (aposentadoria, pensão, herança) pela família.

Além destas possíveis evidências, outras observações feitas durante o atendimento ao idoso podem levar a equipe a suspeitar de maus-tratos. Estas observações podem estar relacionadas tanto ao paciente e seu estado geral, quanto ao seus responsáveis e familiares, ou a ambos.

Gerais

- ◆ abandono ou ausência de cuidador durante longos períodos
- ◆ atividades de risco (cozinhar, mexer com produtos químicos, etc) realizadas pelo idoso sem supervisão de cuidadores
- ◆ conflitos ou crises recentes na família
- ◆ problemas com administração de medicamentos
- ◆ demanda elevada aos serviços de saúde, especialmente de urgência, ou ao contrário, retardo na busca de atendimento médico, quando necessário
- ◆ ansiedade dos familiares ou cuidadores durante as visitas domiciliares ou hospitalizações
- ◆ não trazer os registros médicos anteriores para a consulta
- ◆ presença de lesões sem explicações compatíveis
- ◆ divergência entre a história contada pelo paciente e relato dos responsáveis ou cuidadores
- ◆ achados radiológicos e laboratoriais incompatíveis com a história do paciente ou relato dos cuidadores
- ◆ ocultar fraturas prévias



Relativos ao responsável ou cuidador

- ◆ pouco conhecimento sobre a situação de saúde do paciente
- ◆ excessiva preocupação com os custos do tratamento
- ◆ preocupação em evitar maior aproximação do paciente com a equipe de saúde
- ◆ baixo auto-controle
- ◆ comportamento defensivo e contraditório
- ◆ história de uso de álcool ou drogas
- ◆ problemas de saúde mental
- ◆ depressão
- ◆ história de violência
- ◆ dependência da renda do paciente
- ◆ respostas vagas e imprecisas
- ◆ relacionamento indiferente
- ◆ relutância para responder perguntas

Relativos ao paciente

- ◆ demonstrar medo do seu responsável
- ◆ depressão
- ◆ respostas vagas e imprecisas
- ◆ relacionamento indiferente

Diagnóstico

O isolamento a que são submetidos os idosos, por problemas de saúde ou pela falta de autonomia, dificulta o diagnóstico de maus-tratos por vizinhos ou outras pessoas de sua relação. Os próprios idosos contribuem para que a violência não venha à tona, pois em geral sentem-se culpados em denunciar o agressor, que pode ser um parente próximo. Identificam sua dependência e as dificuldades do cuidado e acham natural que o cuidador não seja paciente.

A abordagem deve facilitar o diálogo e a observação cuidadosa de sinais e sintomas, sempre levando em conta as dificuldades por que passam tanto o idoso quanto seu cuidador, principalmente no contexto de famílias em situação de risco para violência.

O julgamento de culpabilidade ou apuração de responsabilidade não compete a equipe de saúde. Seu papel é facilitar o diálogo, agindo com tato e diplomacia na busca da orientação ou encaminhamento mais adequados a cada caso.



Perguntas úteis para serem feitas pela equipe quando há suspeita de violência contra o idoso:

Violência física

- ◆ Você tem medo de alguém em casa?
- ◆ Você tem sido agredido fisicamente?
- ◆ Você tem sido amarrado ou trancado no quarto?

Violência psicológica

- ◆ Sua família conversa com você com frequência?
- ◆ Você participa da vida em família, recebendo informações e notícias?
- ◆ Você tem sofrido algum tipo de punição ou privações?
- ◆ Você tem sido obrigado a comer?
- ◆ O que acontece quando a pessoa que lhe cuida discorda de você?
- ◆ Você já foi internado em instituição para idosos sem estar de acordo?

Violência sexual

- ◆ Você se sente respeitado em sua intimidade e privacidade?
- ◆ Você já se sentiu constrangido pela forma como alguém tocou o seu corpo ou lhe acariciou? Você quer falar sobre esse assunto?

Negligência

- ◆ Você está precisando de óculos, aparelho auditivo ou dentadura?
- ◆ Você tem ficado sozinho por longo período? Você se sente em segurança na sua casa?
- ◆ Você recebe ajuda sempre que necessita?

Violência financeira

- ◆ Você recebe e administra seu dinheiro conforme sua vontade?
- ◆ Seu dinheiro já foi usado para atender necessidades de seus familiares sem o seu consentimento?



- ◆ Você foi forçado a assinar procuração ou outro documento repassando bens ou direitos para outra pessoa?
- ◆ Você foi forçado a realizar compras contra a sua vontade?
- ◆ As pessoas que tomam conta de você dependem de seu suporte financeiro?

Abordagem terapêutica

Idosos e responsáveis pelo seu cuidado devem ser entrevistados juntos e em separado. O levantamento da história do paciente e da família, do papel do idoso na formação e no seu *status* econômico familiar auxilia no diagnóstico.

Entrevistar o cuidador suspeito de prática de violência exige uma postura firme, porém delicada: é essencial evitar confrontos para que a conversa seja produtiva. Demonstrar empatia e entendimento das dificuldades do cuidador pode facilitar a abordagem, pois frequentemente eles desejam ser ouvidos e demonstram alívio quando são ouvidos sem críticas ou julgamentos.

O principal objetivo da intervenção é proporcionar ou facilitar as condições necessárias para que o idoso tenha a melhor qualidade de vida possível. A abordagem do idoso que sofre violência inclui providências imediatas, avaliação e cuidados por longos períodos, reconhecimento dos obstáculos e prevenção. Um esforço deve ser feito para a preservação do espaço e vínculos familiares, sempre que possível.

Devemos lembrar ainda, que uma percentagem dessa população vive em instituições especiais para idosos, encontrando-se vulnerável aos mesmos tipos de violência já mencionados.

Se houver suspeita de maus-tratos, a segurança da pessoa idosa passa a ser prioridade; ao mesmo tempo deve-se respeitar sua autonomia, sempre que a situação permitir. A hospitalização, algumas vezes, é justificada se a pessoa está em perigo iminente, particularmente aquelas que necessitam de cuidados especiais ou uso de medicação. Durante um período de crise, até que a situação seja avaliada e controlada, o idoso pode ficar temporariamente num abrigo caso seja possível. Acompanhamento rigoroso deve ser estabelecido.

Outra medida importante é o contato com órgãos estaduais, municipais e comunitários para os encaminhamentos sociais e jurídicos de proteção à vítima. Instâncias como a Delegacia do Idoso, serviços especializados no trabalho de promoção da cidadania de pessoas idosas, justiça, ações comunitárias e outros, podem contribuir significativamente para uma avaliação mais ampla e para a continuidade do atendimento.

Durante a avaliação do caso, deve-se investigar se a pessoa idosa tem condições de executar as atividades de vida diária, como caminhar, banhar-se, comer, pentear-se, escovar os



dentes, barbear-se, etc. Da mesma forma devem ser verificadas suas condições de realizar atividades mais complexas, como a preparação de alimentos e uso de medicação, devem ser verificadas. É útil ajudar o idoso e seus cuidadores na definição das rotinas diárias.

A visita domiciliar realizada pela equipe (médico, enfermeira, assistente social, agente de saúde) possibilita uma melhor avaliação das condições do idoso. Além disso, durante estas visitas é possível obter informações difíceis de serem levantadas em consultório, como o meio ambiente em que o idoso vive, a qualidade real de sua autonomia e as condições do cuidador. Portanto, as visitas domiciliares podem otimizar os cuidados à pessoa idosa em sua casa, minimizando situações de risco que podem levar à sua internação em abrigos ou instituições similares.

O desenvolvimento de atividades comunitárias enfocando orientações gerais e específicas sobre o cuidado dos idosos pode reforçar o vínculo entre cuidadores, idosos e equipe de saúde ao mesmo tempo, prevenir situações de violência. As orientações, individuais ou em grupo, devem incluir:

- ◆ cuidados e higiene do idoso
- ◆ necessidades dietéticas, inclusive receitas especiais para pacientes alimentados através de sondas
- ◆ necessidades psicológicas e emocionais dos idosos
- ◆ orientações e treinamento para realização de procedimentos domiciliares: curativos, injeções, manuseio de sondas etc.
- ◆ técnicas de relaxamento para cuidadores e técnica para manejo de idosos acamados
- ◆ orientações sobre direitos previdenciários e demais benefícios para idosos
- ◆ cuidados específicos para portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*
- ◆ como organizar esquemas para administração simultânea de vários medicamentos
- ◆ telefones úteis para orientações em caso de emergências.

Os cuidadores devem receber atenção apropriada: é significativa a carga representada pelo cuidado ao idoso, quando este recai sobre apenas um membro da família. Deve-se conversar com todos os membros da família sobre a importância da divisão de tarefas.

Se a violência for resultante de problemas psiquiátricos importantes ou da personalidade do cuidador, a separação pode ser a única solução.

Preservar a autonomia ou a independência funcional da pessoa idosa é importante, pois a incapacidade para desempenhar as atividades de vida diária está relacionada ao aumento das situações de violência. Assim, os idosos e seus cuidadores precisam ser informados e



orientados sobre opções de apoio psicológico. Aqueles que se sentem culpados ou relutantes em relatar os maus-tratos sofridos ou praticados devem receber atenção voltada à elevação de sua auto-estima e fortalecimento psicossocial.

Prevenindo a violência contra o idoso

Uma percentagem significativa de idosos não se sente ou não tem condições para interromper a situação de maus-tratos; a maioria não solicita ajuda profissional.

Todos as categorias de profissionais que têm acesso aos idosos podem atuar no reconhecimento de sinais preditivos e precisam estar preparados para abordar, de forma preventiva, as situações de violência. Para isso, é necessária a capacitação de profissionais de saúde, bombeiros, policiais, agentes jurídicos e população em geral para a identificação, avaliação e acompanhamento dos casos de violência contra idosos. Ao lado de cuidados de saúde e atendimentos no domicílio, atividades preventivas também podem ser recomendadas.

A disponibilidade à vida social deve ser valorizada e estimulada junto aos idosos, mediante formas de convívio e expressão, em centros de comunidade, clubes de convivência, associações culturais, de lazer e esportivas, atividades de recuperação da história e habilidades de uma comunidade, valorizando-se a transmissão aos mais jovens de suas experiências e histórias de vida. A participação em cursos à distância, universidade aberta da terceira idade e outras formas de estímulo ao desenvolvimento pessoal também devem ser estimuladas. Em algumas comunidades, os idosos contam com programas de apoio social e assistência, programas previdenciários e outros que devem ser indicados e referenciados.

Ao lado da socialização do idoso, o estímulo à integração em ações comunitárias pode reduzir o custo social provocado pelo repetido atendimento médico em emergências.

Evitando acidentes domésticos

Algumas alternativas podem ser adotadas na residência para prevenir acidentes ou outras complicações, contribuindo para a independência do idoso e facilitando o trabalho do responsável por seus cuidados.

Adaptações

- ◆ Colar fita adesiva colorida ou com mudança de textura antes do primeiro degrau da escada.



- ◆ Quando necessário usar almofadas (água, gel ou ar) para prevenir escaras, principalmente nos casos de longa permanência na cama ou em determinadas posições.
- ◆ Cabos de talheres, de escova de dentes, copos, pratos, etc. podem ser engrossados ou receber uma adaptação para idosos com dificuldades motoras ou sensitivas.
- ◆ Colocar rodas numa poltrona pequena pode auxiliar a locomoção.
- ◆ Providenciar um apoio próximo à cama e próximo à cadeira ou poltrona em que o idoso costuma sentar-se.
- ◆ Instalar corrimões nas escadas e corredores. A altura padrão das barras de apoio para o adulto é de 0,80 cm sentado e de 0,90 cm de pé (adequar conforme a altura do usuário).
- ◆ Usar antiderrapantes e barras de segurança ou corrimões no banheiro, especialmente no box, ou em torno da banheira, e ao lado do sanitário.
- ◆ Utilizar o auxílio de uma cadeira para o descanso durante o banho.
- ◆ Colocar um apoio junto à pia (alça na parede, por exemplo) para executar as atividades de higiene (lavar o rosto, escovar os dentes, pentear-se, barbear-se).
- ◆ Elevar o vaso sanitário alguns centímetros acima da altura padrão.
- ◆ Inclinar levemente o espelho do banheiro.
- ◆ Recomendar o uso de bengala ou similar quando necessário.

Orientações e cuidados

- ◆ Manter os locais por onde o idoso passa regularmente sempre bem iluminados.
- ◆ Manter fios elétricos, de telefone e outros objetos fora das áreas de trânsito da casa.
- ◆ Não usar pequenos tapetes soltos e, de preferência, usar tapetes fixos nas bordas.
- ◆ Utilizar móveis com estabilidade, sem risco de virar.
- ◆ Evitar mudanças constantes do mobiliário, utensílios e pertences do idoso.
- ◆ Manter o telefone em local de fácil acesso para o caso de emergência.
- ◆ Usar sapatos fáceis de calçar e com sola de borracha, ao invés de chinelos.
- ◆ Guardar utensílios mais comuns em locais de fácil acesso para evitar subir em algo para alcançá-los.
- ◆ Fogão elétrico pode substituir o fogão a gás.
- ◆ Porta-papel deve ficar à frente do vaso sanitário para evitar rotação do tronco.



A história de Joaquim

“Seu” Joaquim tem 73 anos e é hipertenso. Há dois meses, sofreu um derrame e passou a ter dificuldade de se cuidar sozinho. Como sua única filha foi morar com o marido em outra cidade, uma cunhada viúva, Joana, prometeu cuidar dele em troca de sua aposentadoria.

A agente de saúde Solange foi fazer controle de pressão arterial. Mauro, o médico que atendia “Seu” Joaquim e que o acompanhara durante o período de crise, não entendia porque o paciente, apesar de bem controlado com este tratamento desde a alta do hospital, apresentava problemas. Solange encontrou “seu” Joaquim na cama, sozinho em casa, todo urinado, sem nada para comer ou beber. A cunhada saíra para fazer uma faxina pela manhã e deixara sua filha de doze anos, Daiane, encarregada de cuidar do idoso. A menina foi conversar com os amigos na vizinhança e ele *estava com vergonha de pedir o urinol, pois ela era apenas uma criança* (sic).

Os remédios ficavam no armário da cozinha, e “seu” Joaquim se lembra que não tem tomado os medicamentos no horário, e que às vezes não toma todos. Sente-se culpado de estar incomodando, *afinal a coitada da cunhada trabalha tanto e ainda tem que agüentá-lo. A menina também tem direito de namorar em vez de cuidar de um velho acabado como ele* (sic).

Solange retorna à unidade de saúde e discute o problema com a equipe. A família é chamada para uma conversa. “Dona” Joana e a filha de “seu” Joaquim reconhecem que Daiane não está preparada para assumir a responsabilidade que lhe foi imposta. Na região existe um lar para idosos para onde se Joaquim gostaria de ir, pois acha que assim *não incomodaria ninguém e teria seu canto* (sic). No momento, porém, não há vagas.

Kátia, a enfermeira da unidade, sugere conversar com o grupo da Terceira Idade, que se propõe a fazer uma escala de visitas e de ajuda nos dias que “Dona” Joana sai para fazer faxina, até que a família encontre uma solução mais definitiva. A equipe agenda visitas domiciliares regulares.



Violência contra pessoas portadoras de deficiências

Muitas culturas têm dificuldade em aceitar a diversidade do ser humano e são muito preconceituosas em relação ao diferente. As pessoas portadoras de deficiência física ou mental precisam de condições para desenvolver suas potencialidades, respeito e carinho, como qualquer outra pessoa.

A família, que deveria constituir a primeira instância de inclusão social, muitas vezes contribui para segregar a pessoa portadora de deficiência. Com o intuito de protegê-la, ou por falta de orientação, isola-se a pessoa do convívio social, impedindo-a, por exemplo, de freqüentar a escola para evitar que os colegas caçoem, batam ou pratiquem outro tipo qualquer de maus-tratos. Essas atitudes podem representar a negação do problema e constituem uma forma violência.

É comum ver crianças, adolescentes e adultos com distúrbios de comportamento (hiperatividade, autismo, irritabilidade), sendo contidas com cordas, ataduras ou isoladas em quartos sem qualquer estímulo. Em alguns casos, observa-se ainda a administração exagerada de medicamentos e de álcool.

Além da violência física, psicológica, abuso e exploração sexual, negligência e abandono, deve-se também investigar a existência de outras formas de violência, comuns contra estes indivíduos: a exploração financeira (retenção de pensões ou aplicação de valores sem o conhecimento ou consentimento da pessoa interessada), o abuso medicamentoso (negar



medicação ou ministrá-la em dosagem inadequada) e a violação civil (negar privacidade, informação, visitas, direitos civis, convívio social etc.).

As meninas e mulheres portadoras de deficiência são ainda mais vulneráveis à violência intrafamiliar e sexual. Sabe-se que meninas portadoras de deficiência mental podem ser submetidas à prostituição porque, em geral, têm pouca capacidade de raciocínio lógico, boa afetividade, e não são capazes de defender-se.

Em algumas regiões, acredita-se que a pessoa com deficiência mental tem sua sexualidade exacerbada. Geralmente, o que ocorre, é a dificuldade da família ou da comunidade em aceitar o exercício da sexualidade por parte dos portadores deste tipo de deficiência. Por outro lado, a dificuldade desta pessoa encontrar parceiros e poder estabelecer uma relacionamento amoroso gera insatisfação, o que pode ser claramente exposto por ela, causando conflitos entre as pessoas com as quais convive ou tem contato. É preciso lembrar que há graus muito variados de deficiência mental e que o exercício da sexualidade é um direito da pessoa humana.

Abordagem

É importante abordar a família da pessoa portadora de deficiência de forma ampla, perguntando sobre as necessidades de saúde de todos os seus integrantes.

A atitude da equipe de Saúde da Família, especialmente durante a consulta ou a visita domiciliar, é fundamental para o processo de inclusão do portador de deficiência na sociedade. É recomendável uma postura compreensiva diante da situação familiar e da pessoa, respeitando-se sua individualidade, privacidade e tratando-a com o respeito com que se trata qualquer membro da comunidade. Isso também contribui para diminuir a rejeição no seio da família e facilitar a abordagem dos diferentes aspectos da consulta ou visita.

A equipe deve oferecer as orientações que a família necessita para lidar melhor com o portador de deficiência, prevenindo-se situações de violência.

Como parte do acompanhamento, a equipe de saúde pode conversar com os pais sobre as formas possíveis, de acordo com as condições econômicas e sociais, para lidar com as limitações de filhos ou irmãos portadores de deficiências.

A visita domiciliar é uma forma de garantir uma avaliação constante desse trabalho, podendo ainda favorecer identificação de situações de violência.

No caso de pacientes acamados, a equipe pode ainda atuar na prevenção de escaras, na estimulação sensorial e no encaminhamento dos pais para atividades comunitárias.



Medidas preventivas

- ◆ Estimular a família a incluir a pessoa portadora de deficiência nas atividades cotidianas e de lazer, pois a interação com amigos e parentes, facilita a aceitação e sua posterior integração com outros grupos.
- ◆ Lembrar que, como qualquer pessoa, os portadores de deficiências necessitam de sol, passeios ao ar livre, alimentação, cuidados com o corpo e, sobretudo sentirem-se amados e apoiados.
- ◆ Orientar os familiares quanto às possibilidades de adaptar o ambiente para facilitar a movimentação do portador de deficiência dentro e fora de casa, favorecendo o convívio familiar e comunitário.
- ◆ Os deficientes mentais geralmente são dóceis, sinceros e afetivos, porém os sentimentos de rejeição e incompreensão podem torná-los agressivos e infelizes. É importante destacar que eles têm condições de serem educados; quando orientados pelos pais ou familiares, podem aprender a discriminar situações de sedução e violência. Em todo caso, é importante recomendar que crianças ou adolescentes com deficiência mental, não sejam deixadas a sós com estranhos.
- ◆ Orientar os pais ou responsáveis a não contar histórias que venham acentuar medos e tampouco ameaçar ou coagir seus filhos com castigos severos, a exemplo de colocá-los no escuro ou amarrá-los (sejam eles portadores de deficiências ou não).
- ◆ Estimular os responsáveis a falar com tranquilidade e firmeza com os filhos que apresentem deficiência mental, dando-lhes ordens simples e precisas.
- ◆ Recomendar aos familiares para que não façam comentários sobre fatos que causem constrangimento como urinar na roupa ou na cama, babar, ou utilizem expressões como “burro”, “louco” ou “desastrado”.
- ◆ No caso de pessoas com distúrbios de comportamento (agitação intensa, agressividade ou muito paradas), orientar os familiares para que evitem expô-las a situações de ansiedade e de muito barulho, a exemplo de festas muito concorridas ou finais de campeonatos de futebol.
- ◆ Estimular os responsáveis a pedir ajuda a vizinhos e amigos, quando necessário.

Em geral, pessoas portadoras de deficiência que foram vítimas de violência têm dificuldade ou estão impossibilitadas de solicitar ajuda, pelas suas limitações motoras, mentais ou sensoriais.



Durante o atendimento podem ser identificadas situações que exijam o encaminhamento da pessoa portadora de deficiência para unidades de saúde, ou mesmo centros de reabilitação, visando a estimulação neuromotora, orientação psicológica ou fisioterápica.

Se for diagnosticada uma situação de violência as instâncias competentes devem ser acionadas, para adoção de medidas que possam reverter a situação e que garantam a integridade e direitos da pessoa agredida.

Qualquer tipo de discriminação ou de maus-tratos para com pessoas portadoras de deficiências é crime previsto na lei 7.853, de 24.10.1985, com pena de um a quatro anos de reclusão e multa. No caso da constatação da violência, as denúncias podem ser dirigidas para o Conselho Tutelar ou Ministério Público.



Estratégias e compromissos para a prevenção da violência

A prevenção da violência Intrafamiliar deve estar inserida em ações de comunicação, culturais e econômicas, que sejam capazes de gerar uma consciência coletiva e um compromisso frente aos problemas de discriminação e desigualdades aos quais estão submetidos os diferentes grupos populacionais.

Uma política de prevenção, mesmo no nível local, deve estar voltada para dar visibilidade ao problema, desconstruindo o conceito de que a violência é algo que faz parte da natureza, reforçando o conceito de que a violência é cultural e por isso pode ser eliminada da convivência social.

Isto envolve, em primeiro lugar, os formadores de opinião, os profissionais dos meios de comunicação, os legisladores, os gestores públicos e demais promotores e executores de políticas públicas, buscando criar uma consciência do conteúdo das políticas e informações dirigidas à comunidade e da necessidade de mudanças.

A política de prevenção deve atingir, sensibilizando e capacitando, todos os atores que tenham contato com pessoas vítimas de violência nas diferentes etapas do processo. Isto inclui os profissionais de saúde, os agentes policiais, membros do Poder Judiciário, psicólogos e assistentes sociais.

A prevenção é feita também através do questionamento à desigualdade de gênero, de raça e etnia, geracional, de orientação sexual e às desigualdades econômicas agudas que levam à



exclusão da cidadania um contingente significativo da população, atingindo as condições de saúde e bem-estar das pessoas. Neste sentido, é necessário dedicar esforços para implantar políticas de capacitação e emprego que propiciem oportunidades de desenvolvimento social.

GRÁFICO 4

COMPROMISSOS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

SOCIEDADE

- Atuar na mudança das crenças, tabus e valores culturais envolvendo os papéis de gênero, geracionais, relações de poder na família
- Afirmar novas concepções e novos modelos de poder
- Incentivar estratégias e atitudes de respeito e justiça na resolução de conflitos
- Incentivar o respeito e a legitimação de interesses divergentes como parte do processo democrático
- Incentivar o reconhecimento e a tolerância frente às diferenças

INSTITUIÇÕES / SERVIÇOS / COMUNIDADE

- Buscar a deslegitimação institucional / social da violência (organizações governamentais e não-governamentais)
- Promover modelos de não-violência
- Promover meios e estratégias que favoreçam a desvitimização
- Valorizar o papel ativo da comunidade na resolução não-violenta de conflitos
- Promover o empoderamento dos setores vulneráveis e a democratização das relações
- Estabelecer metas e valores coletivos a serem alcançados para a reversão da violência
- Buscar a adoção e respeito à legislação internacional de direitos humanos
- Promover o acesso a serviços adequados e apoio institucional às famílias e pessoas vulneráveis à situação de violência
- Garantir a punição dos perpetradores e real reparação às vítimas

FAMÍLIA / INDIVÍDUO

- Promover novos padrões que favoreçam a quebra do ciclo da violência
- Desenvolver habilidades para a resolução não-violenta de conflitos
- Estimular atitudes de flexibilidade e responsabilidade nas relações afetivas e familiares
- Promover a elevação da auto-estima e empoderamento (n) das famílias e indivíduos vulneráveis
- Promover a socialização e o intercâmbio



Construindo redes de apoio

As ações de prevenção devem evitar que a violência intrafamiliar se perpetue de geração em geração, buscando romper sua continuidade naqueles casais ou famílias que tenham iniciado o seu ciclo. Também promover alternativas de organização social e familiar que incorporem a igualdade de seus membros, fortalecendo a autonomia e auto-estima.

Para alcançar este objetivo é necessário criar fortalecer espaços de atenção às vítimas de violência, com equipes multidisciplinares que prestem atendimento clínico às lesões físicas, assistência psicológica individual e familiar, e também assistência social e legal.

É fundamental instituir e multiplicar redes de apoio, estimular que se constituam grupos de auto-ajuda onde as vítimas de violência recuperem, através de sua própria história, sua auto-estima e confiança, sendo capazes de reconhecer seu próprios recursos para superar o problema. Isto significa introduzir uma cultura de auto-cuidado.

Os primeiros anos de vida são a base do aprendizado para o resto da existência individual, e não basta satisfazer as necessidades básicas de alimentação e saúde, é necessário estimular os pais e mães no sentido de proporcionar proteção, afeto e segurança a seus filhos. Um ponto importante para sua auto-afirmação consiste em ensinar-lhes a estar alertas e saber o que fazer em situações de risco, que se sintam apoiadas e respaldadas pelos adultos e que saibam responder a pessoas ou situações que podem perturbá-las ou causar dano.

Todo o processo de prevenção não ocorre de maneira homogênea. Existem avanços e retrocessos, êxitos e obstáculos. É importante que as equipes estejam preparadas para lidar com estes altos e baixos, sem desanimar. Por sua complexidade, o processo de prevenção requer um exercício de muita paciência, perseverança e, sobretudo, a colaboração e integração dos profissionais de diferentes áreas e da comunidade.

Apresentamos um diagrama das parcerias, papéis das diferentes áreas e principais resultados desta integração para o apoio a pessoas que sofrem violência.



GRÁFICO 5



Referências Bibliográficas

Capítulo I

1. HEISE, L. PITANGUY, J. GERMAIN, A. Violencia contra la mujer: carga de salud oculta. Banco Mundial, Washington DC, mimeo, 1998.
2. PIRES, JMA. Violencia na infância – aspectos clínicos. In: *Violência Doméstica, Violência contra Crianças e Adolescentes na Grande Porto Alegre*. Amencar, São Leopoldo, 1998.
3. SCHRADER *apud* HEISE et al. 1998.
4. STARK, E. FLITCRAFT, A. FRAZIER, W. Wife abuse in the medical setting: an introduction for health personnel. Washington DC. Office of Domestic Violence, NY, 1981.
5. SCHRAIBER, LB, D'OLIVEIRA, AF. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. São Paulo, mimeo, 1998.

Capítulo II

6. GAUDERER, EC., MORGADO, K. Abuso sexual na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*, vol. 68 (7,8), 1992.

Capítulo V

7. ZUZNETSOFF, JC. Psicoterapia breve na adolescência. Editora Artes Médicas, 1993.



Capítulo VI

8. LYON, E. Poverty welfare and battered women: what do research tell us? MINCAVA - Minnesota Center Against Violence and Abuse, 1998/1999. In: www.vaw.umn.edu.
9. MESTERMAN, S. Los contextos de la pareja violenta. In: *Sistemas familiares*. BA, 1998.
10. GREGORY, MF. Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1992.
11. WALKER, L. The battered woman. Ed. New York-Harper and How, 1979. In: GROSSI, K.P. “Violência contra a mulher na esfera doméstica: mantendo o silêncio”. POA, RS, dissert. Mestrado em Serviço Social. PUC-RS. Mar. 1994.

Capítulo VII

12. NOLASCO, S. In: Revista Maria, Maria. Fundo das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM). Ano 1, nº 0. Brasil, 1999.
13. GUILMORE, DD. Menhood in the making: cultural concepts of masculinity. New Haven, Yale University Press, 1990.
14. MEDRADO, B. Homens na arena do cuidado infantil: imagens veiculadas pela mídia. In: *Homens e Masculinidades – outras palavras*. Ecos/Gesmap/Editora 34. São Paulo, 1998.



Anexo 1

Conselhos Estaduais dos Direitos da Mulher

ACRE

Travessa Amapá nº 228 – Bairro Cerâmica, CEP: 69900-270 - Rio Branco/AC
Fone/Fax: (68) 224-8607 - E-mail: redeac@mdnet.com.br
Presidente: Rosali Scalabrim

ALAGOAS

Rua Cincinato Pinto, 453 – Centro, CEP: 57020-050 - Maceió/AL
Telfax: (82) 221-6434 / 972-6670
Presidente: Ana Célia Melo Neto

CEARÁ

Av. Barão de Studart, 598-B - 2º andar - Centro de Referência
Aldeota CEP: 60120-000 - Fortaleza/CE
Fone: (85) 244.3919 - Fax: (85) 244.37.53 - E-mail: auxi@mcenet.com.br
Presidente: Maria Hermenegilda Silva

DISTRITO FEDERAL

SRTVS 701 Bloco I, Ed. Palácio da Imprensa, 5º andar - CEP: 70332.900 - Brasília/DF
Fone: (61) 321-2280 / 321-9540 / 226-1634 - Fax: (61) 322-3067
Presidente: Tânia Maria Pereira de Queiroz

MINAS GERAIS

R. Gonçalves Dias, 2019 - Bairro de Lourdes - CEP: 30140-092 - Belo Horizonte/MG
Fone: (31) 3291-2193 / 3291-2192 / 3292-2000 (ramais: 2192 / 2193)
Fax: (31) 3275-4019/3275-4449
Presidente: Maria de Lourdes Prata Pace

ESPÍRITO SANTO

Rua Raimundo Nonato, 116 - 2º andar – Forte São João - CEP: 29010-540 - Vitória/ES
Fone: (27) 337-8521 / Fax: (27) 222-1078
Endereço para Correspondência: Rua José Anchieta Fontana, 365 - Jardim Camburi
CEP: 29090-400 - Vitória/ES
Presidente: Genilda Cordeiro Baroni



GOIÁS

Rua 202, nº 267 Setor Vila Nova - CEP: 74643-090 - Goiânia/GO
Fone: (62) 565-1555 / 565-1183 - Fax: (62) 212-7170 - Email: anavera@cultura.com.br
Secretária Executiva: Vera Lúcia Alves Cardoso

MATO GROSSO

Rua Arnaldo de Matos, 26 A - Centro - CEP: 78.000-000 - Cuiabá/MT
Fone: (65) 661-2219 - Fax: (65) 624-8016 / 653-2526
Presidente: Orenil de Andrade

MATO GROSSO DO SUL

Av. Calógeras, 1143, Cep: 79005-410 - Campo Grande/MS
Fone: (67) 742-5617 (ramal: 24) - Fax: (67) 742-2413
E-mail: cidagmulher@bol.com.br
Presidente: Cida Gonçalves

PARAÍBA

Rua Iolanda Henrique Cavalcante, 19 aptº 104 Ed. Luciana 1
Centro - Antigo Hotel Tropicana - CEP: 58.037-120 – João Pessoa/PB
Telefax: (83) 246-2435
Presidente: Ivonete Porfírio Martins

PARANÁ

Rua Marechal Hermes, 751, Térreo
Centro Cívico - CEP: 80530-230 - Curitiba/PR
Fone/Fax: (41) 253-0111 / 254-2838/ 254-8360 / 254-2832
E-mail: cempr@pr.gov.br
Presidente: Elizabeth Maria Aguiar Maia

RIO DE JANEIRO

Rua Camerindo, 51 - Bairro Gamboa/Centro - CEP: 20080-011 - Rio de Janeiro/RJ
Fone/Fax: (21) 263-0004 - E-mail: ldoutel@cedim.rj.gov.br
Presidente: Lígia Doutel de Andrade

RIO GRANDE DO SUL

Rua Miguel Teixeira, 86 - CEP: 90050-250 - Porto Alegre/RS
Fone: (51) 228-7771 - Fax: (51) 226-9932 / 217-7382 / 222- 8181 / 222-4575
Email: cedm@pro.via-rs.com.br
Presidente: Zely Franco Garcia



SANTA CATARINA

Av. Mauro Ramos, 722 - Centro, CEP: 88020-300 – Florianópolis/SC

Fone: (48) 229-3608 - Fax: (48) 229-3618

Coordenadora: Bernardete Boehme

SÃO PAULO

R. Antônio de Godoy, 122 - 6º andar Cj. 64 - Sta Efigênia - CEP: 01034-000 – São Paulo/SP

Fone: (11) 221-6374 / 221-2693 - Fax: (11) 221-8904 - E-mail: cecf-sp@ieg.com.br

Presidente: Maria Aparecida de Laia

TOCANTINS

Pça dos Girassóis s/nº - Prédio do MP - Sala nº 10 (Cedim) - CEP: 77054-970 - Palmas/TO

Fone: (63) 218-3532 – 218-3547 – 215-3602

Presidente: Beatriz Regina Lima de Melo

Anexo 2**Conselhos Estaduais dos Direitos da Criança e do Adolescente****ACRE**

Avenida Getúlio Vargas, nº 595 - Centro - 69.900-150 – Rio Branco/AC

Fone: (68) 224-6997 / 224-6597 - Fax: (68) 224-3632 - E-mail: sectas@mdnet.com.br

Presidente: Alexandro Victor Gama da Silva

ALAGOAS

Praça Marechal Floriano Peixoto nº 555, centro - CEP: 57.020-090 - Maceió/AL

Fone: (82) 326-3770 - Fax: (82) 221-6434

Presidente: Ana Maria Willoweit

AMAPÁ

Rua Eliezer Levy nº 1090 - Centro - CEP: 68.906-140 - Macapá/AP

Fone: (96) 212-9149 - Fax: (96) 212-9140 / 212-9143

Presidente: Waldelice da Silva Carneiro

AMAZONAS

Av. Darcy Vargas, nº 77- Bairro Chapada - CEP: 69.050-020 - Manaus/AM

Telefax: (92) 642-4449 / 236-54355 / 236-0536 - E-mail: cedca-am@amazonet.com.br

Presidente: Paulo Afonso Sampaio de Lima



BAHIA

Diretora de Assistência: Celeste Santana
Rua Boulevard América, 27 Jardim Baiano - Nazaré - CEP: 40.050-320 - Salvador/BA
Telefax: (071) 322-2235 / 322-6372 / 322-6368
Presidente: Ridalva Correa de Melo Figueiredo

CEARÁ

Rua Silva Paulet, 365, Meireles - CEP: 60.120-020 - Fortaleza/CE
Fone: (85) 261-8188 / Fax: (85) 244-7610
Presidente: Edilson Azim Sarriune

DISTRITO FEDERAL

SRTVS 701 Bl. I, Ed. Palácio da Imprensa - 5º andar - CEP: 70.340-900 - Brasília/DF
Fone: (61) 321-1203 / Fax: (61) 226-5844
Presidente: Racib Elias Ticly

ESPÍRITO SANTO

Av. Jerônimo Monteiro, 240, Ed. Ruralbank - sala 605 - Centro - CEP: 29.010-900 - Vitória/ES
Telefax: (27) 223-0198
Presidente: Ana Maria Petronetto Serpa

GOIÁS

Praça Cívica 03 - sala 134 - 1º andar - CEP: 74.003-010 - Goiânia/GO
Fone: (62) 821-2660 - Telefax: (62) 212-2008
Presidente: Joselino Vieira dos Santos

MARANHÃO

Rua da Palma 19 - Centro - CEP: 65.010-440 - São Luis/MA
Fone: (98) 221-2309 / 221.2294 - Fax : (98) 221-2309
Presidente: Fernando Antonio Guimarães Ramos

MATO GROSSO

Rua Arnaldo de Matos, 26-A - CEP: 78.020-620 - Cuiabá/MT
Telefax: (65) 321-0530 / E-mail: cedca-mt@cepromat.com.br
Presidente: Maria das Graças Campos

MATO GROSSO DO SUL

Rua Marechal Rondon, 713 - Centro - CEP: 79.002-200 - Campo Grande/MS
Fone: (67) 782-4114
Presidente: Jefferson Teruya de Souza



MINAS GERAIS

Av. Nossa Sr^a do Carmo, 931 - 9º andar
Sion - CEP: 30.310-000 - Belo Horizonte/MG
Fone: (31) 225-3854 / 225-1366 - Fax: (31) 223-4877
Presidente: Murilo de Avellar Hingel

PARÁ

Av. Magalhães Barata, 53 - Nazaré - CEP: 66.040.140 - Belém/PA
Fone: (91) 241-5756 / 222-2315 - Telefax: (91) 241-5756
Presidente: Laura Rossetti

PARAIBA

Av. Eptácio Pessoa - Ed. Jaçanã, 2234 - 1º andar - sala 201/202
Tambauzinho - CEP: 58.030-000 - João Pessoa/PB
Telefax: (83) 225-1244
Presidente: Paulo Romero Ferreira

PARANÁ

Rua Marechal Hermes, 751 - Ed. Alonso Alves de Camargo
2º andar - CEP: 80530-230 - Curitiba/PR
Fone: (41) 352-2553 r.182 - Fax: (41) 352-2553 r.181 E-mail: cdeca@pr.gov.br
Presidente: Fany Lerner

PERNAMBUCO

Rua Leopoldo Lins, 217 - Boa Vista - CEP: 50050-300 - Recife/PE
Telefax: (81) 231-6699 / 222-1106 / 231-4477 - E-mail: cedca@fisepe.pe.gov.br
Presidente: Silvino José do Nascimento Neto

PIAUI

Jônathas Batista, 1159 - Centro Norte
Ed. Castelo Branco - CEP: 64000-400 - Teresina/PI
Telefax: (86) 222-4403 - Email: internet@renet.com.br
Presidente: Carlos Alberto de Melo Lobo

RIO DE JANEIRO

Rua da Ajuda, 05 - 11º andar - Centro - CEP: 20040-000 - Rio de Janeiro/RJ
Fone: (21) 299-3560 - Fax: (21) 299-3563
Presidente: Fernando William



RIO GRANDE DO NORTE

Rua Alexandrino de Alencar, 411 - 1º andar - sls/212-214
Bairro Alecrim - CEP: 59030-350 - Natal/RN
Telefax: (84) 211-6570
Presidente: João Alves de Carvalho Bastos

RIO GRANDE DO SUL

Rua Miguel Teixeira, 86 - Cidade Baixa - CEP: 90.250-250 - Porto Alegre/RS
Telefax: (51) 225-0351
Presidente: Sérgio Soares

RONDÔNIA

Rua Padre Chiquinho, 670, Bairro Pedrinhas - Esplanada das Secretarias
Prédio da SETAS - CEP: 78.916-050 - Porto Velho/RO
Telefone: (69) 223-3776 - Fax: (69) 224-35 75
Presidente: Elza Aparecida de Castro

RORAIMA

Av. Major Willames, 1603 - Bairro São Francisco - CEP: 69301-110 - Boa Vista/RR
Telefax: (95) 623-9449
Presidente: Ana Lúcia Ziegler

SANTA CATARINA

Rua Trajano, 168, 7º andar, Centro - CEP: 88010-010 - Florianópolis/SC
Fone: (48) 224-3325 / 224-0033 r.192 - Fax: (48) 224-0507
Presidente: Hélio Abreu Filho

SÃO PAULO

R. Antônio Godoi, 122 - 7º andar - salas 72/75 - Centro - CEP: 01034-000 - São Paulo/SP
Fone: (11) 222-4441 - Fax: (011) 223.9346
Presidente: Maria Alice Alves Coelho

SERGIPE

Rua Santa Luzia, 680 - São José - CEP: 49.015-190 - Aracaju/SE
Fone: (79) 224-8580 r.144 / 211-9595 r.177 - Fax: (79) 213-1226 / 224-4226
Presidente: Pedro Amado de Oliveira Nunes

TOCANTINS

ACNO 1, Conj. 2 - Lote 11,sala 01 - CEP: 77013-040 - Palmas/TO
Fone: (63) 215-1667 - Fax: (63) 218-1990 - E-mail: cecat@netsgo.com.br
Presidente: Homero da Silva Barreto



MINISTERIO DA SAUDE
Departamento de Atensão Básica
Esplanada dos Ministérios Bloco "G" Sala 716
CEP 70 058-900 BRASÍLIA DF
Fone (0XX61) 315-2629 315-2797 Fax (0XX61) 22*

0014

ACERVO BIBLIOGRÁFICO
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
GABINETE, SALA 751



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

