

Manual Estadual de Atenção à Saúde das Pessoas em Situação de Violência

Lançamento: 12/2025



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Estado do Rio de Janeiro

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - SES-RJ

Secretária de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Claudia Maria Braga de Mello

Subsecretário de Vigilância e Atenção Primária à Saúde

Mário Sérgio Ribeiro

Subsecretário de Atenção à Saúde

Caio Antônio Mello Souza

Superintendente de Atenção Primária à Saúde

Halene Cristina Dias de Armada e Silva

Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

Mário Sérgio Ribeiro (Interino)

Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Samira Santos El-Adji

Núcleo Estadual de Saúde para a Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção à Saúde às Pessoas em Situação de Violência no Estado do Rio de Janeiro - NESPAV

Roberta Maria de Oliveira Silva Lannes Sampaio

Thais Guilherme Pereira Pinheiro Pimentel

Elaboração Técnica:

Rejane Santos Farias

Roberta Maria de Oliveira Lannes Sampaio

Michelli Melo Grama

Thais Guilherme Pereira Pinheiro Pimentel

Organização

NESPAV

Colaboradores:

Ana Carolina Antonio Correia

Ana Carolina Tavares

Adriana Carvalho

Antonio Rodrigues Braga Neto

Carmen Andréa
Celso Moraes Vergne
Clarice Gdalevici
Claudia Aguiar
Clara Mendes Medeiros
Cristialane Carvalho de Lima
Giovanni Dimas
Denise Nascimento
Emanoel Sabóia
Eralda Ferreira
Fabiana de Oliveira Dutra Teixeira
Francilene Souza Almeida
Katia Aparecida Rodrigues
Geórgia Thaís Lima Cordeiro
Letícia Bogado
Letícia Maria Carvalho de César Leite
Lia Leão Ciuffo
Jéssica Renata Bastos Depianti
Juliana Rebello
Otilia Pimenta
Marcia Regina Mazalotti Teixeira
Michelle Guimarães
Natália Carvalho de Lima
Renata Alves Lima Nunes Barbosa
Renata de Moura Bubadué
Roberta Rodrigues da Costa Serra
Samara Milene da Silva
Silvana Bencardino
Tricia Bogossian

Revisão técnica:

Claudia Maria Braga de Mello

Halene Cristina Dias de Armada e Silva

Michelli Melo Grama

Roberta Maria de Oliveira Silva Lannes Sampaio

Thais Guilherme Pereira Pinheiro Pimentel

Revisão:

Assessoria de Comunicação Social e Visual / SES-RJ

Projeto gráfico:

Assessoria de Comunicação Social e Visual / SES-RJ

Cordenação de Design e Inovação

Rodrigo Ourique

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Agosto de 2025

AFFETIVO
ADPÇÃO
CUIDADO
PERMANENTE
SUN-H
SENHA
ESCRITURA
AFIDAVO
C3CA

Para mais informações e solicitações, contate a área técnica responsável:

Núcleo Estadual de Saúde para a Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção à Saúde às Pessoas em Situação de Violência no Estado do Rio de Janeiro

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 4º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005

Telefone: (21) 3385-9891 / E-mail: violencia.sesrj@gmail.com

Coordenadoras: Roberta Maria de Oliveira Lannes Sampaio e Thaís Guilherme Pereira Pinheiro Pimentel

Superintendência de Atenção Primária à Saúde - SUPAPS

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 4º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005

Telefone: (21) 3385-9886 / E-mail: saps.svaps@saude.rj.gov.br

Superintendente: Halene Cristina Dias de Armada e Silva

Área Técnica da Saúde das Mulheres – ATSM/SAPS

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 4º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005

Telefone: (21) 3385-9890 / E-mail: saudemulher.sesrj@gmail.com

Coordenadores: Antonio Braga e Renata Alves

Área Técnica da Saúde da Criança – ATSC/SAPS

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 4º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005

Telefone: (21) 3385-9892 / E-mail: saudecrianca.sesrj@gmail.com / triagemneonatal.sesrj2024@gmail.com

Coordenadora: Roberta Rodrigues da Costa Serra

Área Técnica Saúde do Adolescente e Programa Saúde na Escola - ATSA/PSE/SAPS

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 4º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005
Telefone: (21) 3385-9891 / E-mail: pse.sesrj@gmail.com

Coordenadora: Ana Carolina Tavares

Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa - ATSPI/SAPS

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 4º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005 / E-mail: idoso.ses.rj@gmail.com

Coordenadora: Leonor Maria da Silva Gomes

Área Técnica de Saúde do Homem - ATSH/SAPS

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 4º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005
E-mail: saudedohomem.sesrj@gmail.com

Coordenadora: Giovani Dimas

Área Técnica de Saúde das Populações em Situação de Rua - PopRua

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 4º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005
Telefone: (21) 3385-9886 / E-mail: popruasesrj@gmail.com

Coordenadora: Samara Milene da Silva

Coordenação de Vigilância e Promoção da Saúde

Área Técnica de Notificação e Prevenção às Violências/DIVIDANT

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 3º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005
Telefone: (21) 3385-9868 / E-mail: promocaodasaude.cvps@saude.rj.gov.br

Coordenadora: Eralda Ferreira da Silva

Coordenação de Vigilância Epidemiológica

Gerência de Hepatites Virais

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 3º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005

Telefone: (21) 3385-9863

Email: gerhv@saude.rj.gov.br

Gerente: Clarice Gdalevici

Gerência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/AIDS)

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 3º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005

Telefone: (21) 3385-9844

E-mail: Juliana.rebello@saude.rj.gov.br

Gerente: Juliana Rebello

Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 6º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005

E-mail: farmacia@saude.rj.gov.br

Superintendente: Samira Santos El-Adji

Coordenação de Gestão da Assistência Farmacêutica

Rua Barão de Itapagipe, 225 - 6º andar - Bloco B - Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20261-005

Telefone: (21) 3385-9112 / Email: gestao.farmacia@saude.rj.gov.br / nataliac.lima@saude.rj.gov.br

Coordenadora: Natalia Carvalho de Lima

SIGLAS

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco

BAM - Boletim de Atendimento Médico

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

APS - Atenção Primária à Saúde

ARVs – Antirretrovirais

ASIS - Autolesão sem intenção suicida

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

CID - Classificação Internacional de Doenças

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRIE - Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais
CTESIPIR - Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População Imigrante e Refugiada
COASPSV - Coordenação de Ações em Saúde para Populações em Situação de Vulnerabilidade
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
DCAV – Delegacia da Criança e do Adolescente Vítima
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
HBV - Vírus da Hepatite B
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV - Papilomavírus Humano
IGHAHB - Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B
ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis
ISP - Instituto de Segurança Pública
LGBTQIAPN+ - Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, pessoas queer, intersexo, assexuais, pansexuais, não-binárias e outras identidades que não estão mencionadas diretamente
MS – Ministério da Saúde
NESPAV - Núcleo Estadual de Saúde para Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção à Saúde às Vítimas de Diversas Formas de Violência do Estado do Rio de Janeiro
NVH - Núcleo de Vigilância Hospitalar
OMS - Organização Mundial da Saúde
PrEP - Profilaxia Pré-Exposição
PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PEP - Profilaxia Pós-Exposição ao Risco
PCD - Pessoa com deficiência
PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PVHA - Pessoa vivendo com HIV/aids

PSR - População em situação de rua

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

RO - Registro de Ocorrência

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAE - Serviços Ambulatoriais Especializados

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SEDSDH - Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos

SES-RJ - Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

SUS - Sistema Único de Saúde

UAPS - Unidade de Atenção Primária à Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPAS - Unidades de Pronto Atendimento

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

2 DIRETRIZES GERAIS PARA ATENÇÃO EM SAÚDE ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA [21]

2.1 Acolhimento

2.2 Classificação de risco

2.3 Sigilo

2.4 Objeção de consciência

2.5 Notificação

2.5.1. Rotina do atendimento para notificação e preenchimento da ficha

2.5.2. O instrumento de notificação



2.5.3 Notificação imediata - 24h - tentativa de suicídio e violência sexual (PORTARIA MS/GM nº 1.271/2014)

2.5.4 Fluxo da ficha de notificação

2.5.5 No caso de crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência

3 RESPONSABILIDADES [30]

3.1 Responsabilidades das áreas técnicas do nível central da SES-RJ

3.1.1 Assessoria Técnica de Humanização

3.1.2 Superintendência de Unidades Hospitalares e Pré-Hospitalares

3.1.3 Superintendência de Atenção Primária à Saúde

3.1.4 Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

3.2 Responsabilidades dos profissionais de saúde

3.2.1 Responsabilidades comuns a toda a equipe interdisciplinar

3.2.2 Responsabilidades do Técnico de Enfermagem

3.2.3 Responsabilidades do Enfermeiro

3.2.4 Responsabilidades do Farmacêutico

3.2.5 Responsabilidades do Assistente Social

3.2.6 Responsabilidades do Psicólogo

3.2.7 Responsabilidades do Médico

3.2.8 Responsabilidades do Cirurgião Dentista

3.2.9 Responsabilidades do Chefe de Plantão

3.2.10 Responsabilidades do Gestor da Unidade

4 Aspectos gerais e específicos de acordo com os ciclos de vida [41]

4.1 Criança

4.1.1 Tipos de violência contra a criança e como identificá-las

4.2 Adolescente

4.2.1 Tipos de violência contra adolescentes

- 4.2.2 Como identificar situações suspeitas de violência contra adolescentes?
- 4.2.3 Acolhimento de adolescentes possíveis vítimas de violência
- 4.2.4 O Programa de Saúde na Escola
- 4.3 Mulher
 - 4.3.1 Os tipos de violência contra a mulher
 - 4.3.2 Como identificar situações suspeitas de violência contra mulheres?
 - 4.3.3 Como acolher mulheres em situação de violência?
 - 4.3.4 Violência obstétrica
- 4.4 Idoso
 - 4.4.1 Tipos de violência contra pessoas idosas
 - 4.4.2 Sinais e sintomas comportamentais sugestivos de violência
 - 4.4.3 Dificuldades na abordagem da violência contra a pessoa idosa
 - 4.4.4 O atendimento à pessoa idosa
- 4.5 Homem
 - 4.5.1 Tipos de violência que acometem os homens:
 - 4.5.2 Como identificar situações suspeitas de violência contra homens?
 - 4.5.3 O acolhimento do homem como possível vítima de violência
- 4.6 - Populações vulneráveis
 - 4.6.1 População em situação de rua
 - 4.6.1.1 Tipos de violência contra a população em situação de rua
 - 4.6.1.2. Como identificar situações suspeitas de violência contra a população em situação de rua?
 - 4.6.1.3 Acolhimento às pessoas em situação de rua, possíveis vítimas de violência.
 - 4.6.2 Imigrantes
 - 4.6.3 Pessoa com deficiência
 - 4.6.3.1 Tipos de violência contra a pessoa com deficiência
 - 4.6.3.2 Como identificar situações suspeitas de violência contra a pessoa com deficiência?
 - 4.6.3.3 Acolhimento às pessoas com deficiência como possíveis vítimas de violência
 - 4.6.4 LGBTQIAPN+



5 OUTROS TIPOS DE VIOLÊNCIA DE RELEVÂNCIA CLÍNICA E SOCIAL

[75]

5.1 Violência sexual

5.1.1 Acolhimento da pessoa em situação de violência sexual

5.1.2 Materiais e equipamentos

5.1.3 Cuidados à pessoa vítima de violência sexual

5.1.3.1 Tratamento preemptivo/Profilaxia das ISTs

5.1.3.2 Imunoprofilaxia para hepatite B

5.1.3.3 Contracepção de emergência

5.1.4 Coleta de material biológico

5.1.5 Alternativas legais frente à gravidez decorrente de violência sexual

5.1.5.1 Protocolo de adoção para mulheres que não desejam ficar com a criança

5.1.5.2 Interrupção Gestacional Prevista em lei

5.1.5.2.1 Procedimentos

5.1.5.2.2 Aspectos legais envolvidos no atendimento

5.2 Violência por questões raciais

5.3 Violência psicológica

5.4 Violência autoprovocada

5.5 Violência nas redes sociais

5.6 O papel da saúde bucal no enfrentamento às violências

6 Encaminhamentos e rede de cuidado e proteção social para atenção integral à pessoa em situação de violência

[110]

7 Fluxograma de atendimento nas unidades de atenção primária

[115]

8 Fluxograma de atendimento nas unidades hospitalares/upas

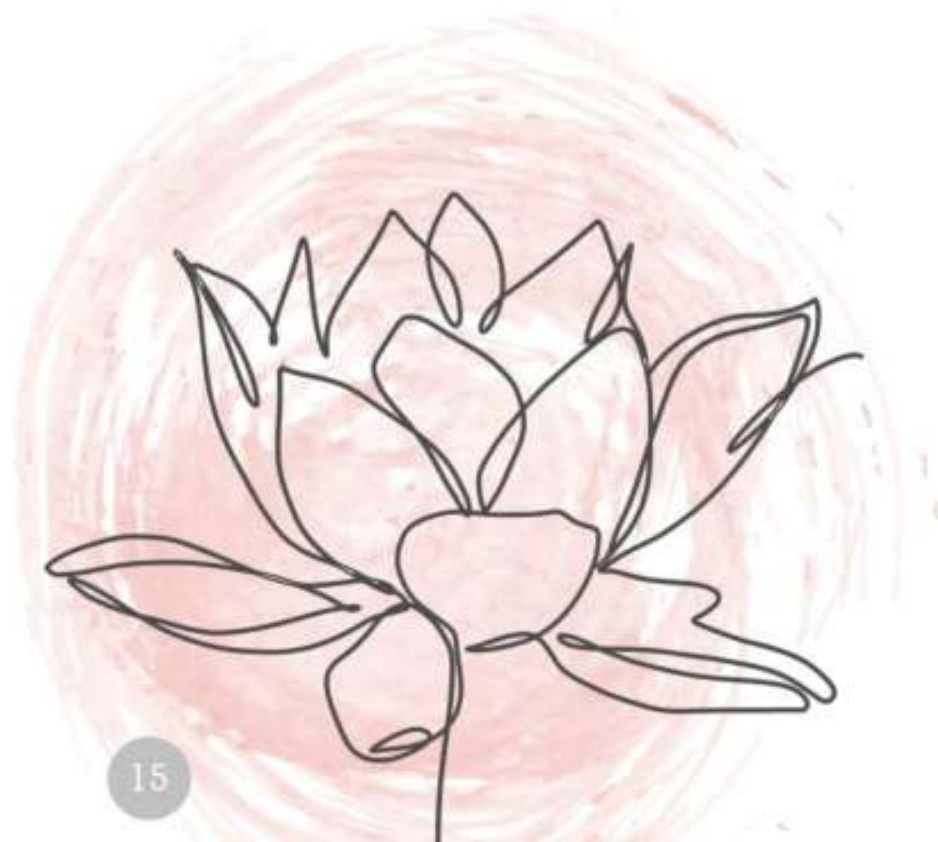
[113]

9 Considerações finais

[117]

1

INTRODUÇÃO



O Núcleo Estadual de Saúde para Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção à Saúde às Vítimas de Diversas Formas de Violência do Estado do Rio de Janeiro (NESPAV) foi instituído através da Resolução SES nº 1872, de 31 de julho de 2019, atualizada pela Resolução SES nº 3.243, de 24 de janeiro de 2024, com o objetivo de consolidar um espaço de discussão e de proposições em torno da temática da violência na rede de saúde no estado (Rio de Janeiro, 2019; Rio de Janeiro, 2024).

O Comitê Gestor Estadual do NESPAV é composto por representantes das áreas técnicas da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) a seguir: I) Gabinete da Secretária; II) Subsecretaria Jurídica; III) Subsecretaria Geral (Superintendência de Educação em Saúde; Coordenação de Educação Permanente); IV) Subsecretaria de Atenção à Saúde (Assessoria Técnica de Humanização; Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitalares; Coordenação de Pronto Atendimento 24hs; Coordenação Materno Infantil; Coordenação de Enfermagem; Coordenação Técnica de Qualidade; Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; Coordenação de Gestão de Assistência Farmacêutica); V) Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental; Coordenação de Vigilância Epidemiológica; Gerência de IST/AIDS; Gerência de hepatites virais; Coordenação de Vigilância e Promoção da Saúde; Divisão de Vigilância de Doença e Agravos Não Transmissíveis; Coordenação de Ações Estratégicas; Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde; Coordenação de Apoio às Ações Regionais de Vigilância em Saúde; Superintendência de Atenção Primária à Saúde; Coordenação de Ciclos de Vida; Área Técnica de Saúde das Crianças; Área Técnica de Saúde do Adolescente e Programa Saúde na Escola; Área Técnica de Saúde das Mulheres; Área Técnica de Saúde do Idoso; Área Técnica de Saúde do Homem;

Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Primária à Saúde; Superintendência de Atenção Psicossocial e População em Situação de Vulnerabilidade; Coordenação de Atenção Psicossocial e; Coordenação de Ações em Saúde para Populações em Situação de Vulnerabilidade. (Rio de Janeiro, 2024).

Dentre as atribuições do Comitê Gestor Estadual do NESPAV, pode-se destacar:

- I. Elaborar planos, protocolos e notas técnicas de relevância para a temática da vigilância, prevenção e atenção à saúde das pessoas em situação de violência, no âmbito do estado do Rio de Janeiro;
- II. Fortalecer a implantação e a implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, com vistas à melhoria da qualidade da informação e participação nas redes estaduais e nacionais de atenção integral para populações estratégicas e vulnerabilizadas, no âmbito do estado do Rio de Janeiro;
- III. Promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes de suporte social, que tenham como objetivo a prevenção da violência, a promoção e atenção à saúde às vítimas de diversas formas de violência;
- IV. Elaborar estratégias de qualificação das gestões municipais para o trabalho de prevenção da violência, promoção e atenção à saúde às pessoas em situação de violência;
- V. Promover a qualificação e a articulação em rede das ações de prevenção da violência, promoção da saúde e atenção às vítimas de diversas formas de violência, desenvolvidas pelos municípios.

No âmbito nacional, o reconhecimento da relevância das violências e dos acidentes como causas externas significativas de morbidade e mortalidade no Brasil levou à formulação de estratégias específicas para seu enfrentamento. Com o objetivo de reduzir os índices de morbimortalidade decorrentes desses eventos, foi instituída, em 2001, a

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), fundamentada na implementação de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. Atualmente, essa política está regulamentada pelo Anexo VII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2017).

A política atua como instrumento orientador das ações do setor saúde, reconhecendo a morbimortalidade decorrente de eventos acidentais e violentos — que resultam em óbitos ou agravos à saúde — como expressão concreta desses fenômenos. Esses eventos frequentemente demandam atendimento nos serviços de saúde, mas também incluem casos que, embora não cheguem a esses serviços, são registrados por outros setores da sociedade, como forças policiais, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e centros de referência no atendimento a pessoas em situação de violência (BRASIL, 2001).

Delimitada em seu escopo, a política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais que contemplam e valorizam medidas voltadas à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, por meio da articulação com diferentes segmentos sociais — como outros setores e a sociedade civil —, com o objetivo de construir a cidadania e promover a qualidade de vida da população (BRASIL, 2001).

Entre as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências está a monitorização sistemática da ocorrência de acidentes e violências, que resultou na implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) em 2006. Este sistema tem como objetivo a sistematização, coleta e disseminação de dados que possibilitem a compreensão da magnitude e gravidade desses agravos no Brasil, fornecendo subsídios técnicos para a formulação de políticas públicas, bem como para a definição de estratégias e ações voltadas à intervenção, prevenção, atenção e proteção das pessoas em situação de violência (BRASIL, 2006). Nesse sentido, as violências constituem um conjunto relevante de

agravos à saúde, frequentemente associados a desfechos fatais. Entre esses eventos, destacam-se as chamadas causas acidentais — tais como acidentes de trânsito, de trabalho, quedas, envenenamentos e afogamentos —, além das causas intencionais, que englobam agressões e lesões autoprovocadas. Essas ocorrências são classificadas na Classificação Internacional de Doenças (CID), conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nas publicações de 1985 e 1995, sob a denominação de “causas externas” (OMS, 1985; OMS, 1995).

Assim, foi publicado, em maio de 2020, o Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência, elaborado pelo Comitê Gestor NESPAV, tendo como objetivo aperfeiçoar o fluxo de atendimento às pessoas em situação de violência nas unidades de saúde, tendo como base o que preconiza a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, TIT. V, CAP. VII, artigos 679 a 700 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020; BRASIL, 2017b).

Recentemente, identificou-se a necessidade de revisar e atualizar este documento, a fim de alinhá-lo às novas demandas e às práticas atuais.

Durante esse processo, constatou-se a importância de ampliar seu escopo, incorporando aspectos adicionais que aumentam sua aplicabilidade. Em função dessas mudanças, optou-se por expandir o conteúdo original e renomeá-lo como manual, título que reflete com mais precisão sua nova estrutura e complexidade.

Este manual tem como objetivo orientar gestores municipais, coordenadores de serviços e profissionais de saúde na organização da atenção às pessoas em situação de violência, fornecendo diretrizes técnicas para a identificação, acolhimento, escuta qualificada, notificação e encaminhamento dos casos. Estruturado com base nas normativas nacionais e nas boas práticas em saúde pública, este documento visa apoiar os municípios do estado do Rio de Janeiro na elaboração de seus próprios manuais e protocolos locais, considerando as especificidades territoriais, os fluxos intersetoriais existentes e os recursos disponíveis. Sua aplicação nas unidades de saúde reforça o

papel estratégico da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na resposta às diferentes formas de violência, além de contribuir para o fortalecimento das ações de prevenção, vigilância e promoção da saúde, conforme preconizado pelas políticas públicas vigentes. Trata-se, portanto, de um instrumento técnico de referência que deve ser adaptado e operacionalizado de acordo com a realidade de cada território.

2

DIRETRIZES GERAIS PARA ATENÇÃO EM SAÚDE ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA



2.1 Acolhimento

Após a identificação de uma situação de violência, a equipe interdisciplinar deve seguir com as orientações subsequentes:

- Priorizar o atendimento pela classificação de risco;
- Garantir a privacidade do usuário e de sua família durante todo atendimento;
- Realizar acolhimento com escuta qualificada para esclarecimento da violência sofrida (física, psicológica, moral, sexual, patrimonial, autoprovocada);
- Garantir o direito da mulher ao acompanhamento conforme preconiza a Lei 14.737/23 que assegura às mulheres o direito de serem acompanhadas por pessoa maior de idade durante todo o período do atendimento em unidades de saúde, públicas ou privadas;
- Providenciar a administração de medicamentos, conforme prescrição médica;
- Disponibilizar o fornecimento de medicamentos para profilaxia do Vírus da imunodeficiência humana (HIV), tratamento preemptivo das outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e contracepção de emergência, sempre que necessário;
- Realizar os testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites B e C, o teste de amplificação de ácidos nucleicos (biologia molecular) para clamídia e gonococo e avaliar indicação para vacina contra Papilomavírus Humano (HPV), hepatite B e imunoglobulina humana específica anti-hepatite B;
- Orientar sobre os direitos reprodutivos, ao aborto legal ou entrega voluntária para adoção, considerando a possibilidade de que esta violência resulte em uma gravidez não desejada, e encaminhar para os serviços especializados (conforme fluxo de atendimento para aborto legal - página 18);
- Preencher a Ficha de Notificação Individual de Violência

Interpessoal/Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), preferencialmente de forma conjunta com membros da equipe multiprofissional, em caso de suspeita ou confirmação de violência para garantir uma avaliação completa e adequada do caso.

2.2 Classificação de risco

A classificação de risco de pessoas em situação de violência é uma ferramenta essencial para organizar a resposta dos serviços de saúde e a assistência, permitindo que casos mais graves e urgentes sejam identificados e priorizados. No contexto da triagem de risco, é utilizada a cor laranja para indicar o nível de gravidade. Embora não demandem intervenção imediata como os casos classificados em vermelho (emergência), exigem atenção rápida, avaliação multiprofissional e definição de estratégias de proteção, devido ao potencial de agravamento ou reincidência da violência (Brasil, 2022).

2.3 Sigilo

A ética, a confidencialidade e o respeito ao sigilo são atributos essenciais de todos os profissionais de saúde e devem estar presentes em todas as etapas do cuidado, desde o acolhimento até o encerramento do atendimento. Além disso, a equipe interdisciplinar deve reconhecer e considerar as especificidades das pessoas em situação de violência em todos os ciclos de vida (Jungles et al., 2015). O sigilo e a privacidade devem ser garantidos por todos os profissionais de saúde que prestam atendimentos às pessoas em situação de violência.

2.4 Objeção de Consciência

A objeção de consciência é um direito individual e intransferível, garantido ao profissional que, por motivos éticos, morais ou religiosos, se recusa a realizar determinado procedimento previsto em lei. No entanto, esse direito não se estende à instituição de saúde, que tem o dever de assegurar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde. Assim, caso um profissional manifeste objeção de consciência de forma justificada, cabe à gestão do serviço providenciar outro profissional apto e disponível para garantir a realização do procedimento, evitando prejuízos à pessoa atendida. A recusa institucional configura violação de direitos e fere os princípios do SUS, que assegura atendimento integral, equânime e contínuo a toda a população (Brasil, 2022).

2.5 Notificação

Notificar violência na área da saúde tem o objetivo de conhecer a magnitude e a gravidade das violências interpessoais e autoprovocadas, para que não permaneçam ocultas em espaços domésticos (BRASIL, 2017; BRASIL, 2006). Por meio das informações colhidas nas notificações é possível compreender a situação epidemiológica desses agravos nos municípios, estados e no país e, assim, obter subsídios para as políticas públicas ligadas à atenção e à prevenção de violências, entre outros (MARTINS et al., 2020; BRASIL, 2017). Além disso, possibilita intervir nos cuidados em saúde e garantir direitos por meio da rede de proteção e atenção integral (BRASIL, 2010; SCIELO, 2023).

É necessária uma aproximação cuidadosa para colher informações sensíveis para a pessoa que vivencia a situação de violência e sua família.

Sendo parte da linha de cuidado, o próprio ato de preencher a ficha deve ser também um momento de cuidado com a pessoa que sofreu ou vive uma situação de violência. Não deve ser feito como um preenchimento burocrático de mais um documento, já que é necessária uma aproximação cuidadosa para colher informações sensíveis para a pessoa que vivencia situação de violência e sua família (BRASIL, 2017; MARTINS et al., 2020). Implica compromisso com a pessoa que está em sofrimento e que necessita de proteção e cuidado (BRASIL, 2010; SCIELO, 2023).

2.5.1. Rotina do atendimento para notificação e preenchimento da ficha

Procedimentos:

- Prestar informações objetivas e esclarecer, com calma, as dúvidas da pessoa e de seus familiares;
- Atender a pessoa que estiver presente no momento do preenchimento da ficha com respeito e cuidado;
- Evitar julgamentos e suposições no momento do registro das informações prestadas pelas pessoas, por seus familiares e/ou acompanhantes;
- Buscar obter o máximo de informações sobre a ocorrência de violência de maneira cuidadosa. É importante não deixar campos em branco ou preenchidos indevidamente com códigos ignorados;
- Caso a pessoa seja travesti, não-binária ou transexual, é importante chamá-la pelo nome social, diferente do seu nome civil registrado. É necessário assumir uma atitude cuidadosa ao tratar as questões referentes à orientação sexual e à identidade de gênero;
- Evitar fazer generalizações ou suposições quanto à sexualidade ligadas apenas a estereótipos. Este é um quesito ainda bastante difícil

de abordar, tanto para profissionais quanto para a pessoa em situação de violência, e por esse motivo é necessário muito cuidado para evitar situação de mal-estar que seja sentida como preconceito por parte da pessoa que sofreu a violência e busca acolhimento. O cuidado em relação a mitos e ideias pré-concebidas também é importante no caso do atendimento a pessoas que tentaram suicídio.

2.5.2. O instrumento de notificação

O instrumento de que tratamos aqui é o Componente I – Vigilância Contínua (Viva Contínuo/SINAN), que capta dados de violência interpessoal e autoprovocada em serviços de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017). Com a publicação da Portaria nº 104/2011 e, posteriormente, da Portaria nº 1.271/2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Este instrumento de notificação é voltado para qualquer caso suspeito ou confirmado de violência interpessoal/autoprovocada e envolvendo crianças, mulheres e homens em todas as idades, nas unidades de saúde, incluindo:

- Violência doméstica/intrafamiliar (as cometidas 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 que tenham relação de poder);
- Violência sexual;
- Tráfico de pessoas;
- Trabalho escravo;
- Trabalho infantil;
- Intervenção legal;
- Tortura;
- Violências homofóbicas.

Atenção! Esta ficha não se aplica à violência extrafamiliar cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, como, por exemplo, brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol e outras. Essa modalidade de violência pode ser monitorada por meio de outros sistemas de informação e do componente do Viva Sentinela (inquérito).

Os casos de violência extrafamiliar/comunitária, ou seja, que ocorrem no ambiente social, entre conhecidos ou desconhecidos, por meio de agressão, por atentado à sua integridade e vida e/ ou a seus bens, constituem objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e do sistema de justiça (polícias, Ministério Público e Poder Judiciário). Esse grupo de violências será objeto da ficha do SINAN quando ocorrerem em crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, indígenas, pessoas com deficiências e população LGBTQIAPN+.

2.5.3 Notificação imediata - 24h - tentativa de suicídio e violência sexual

A notificação da tentativa de suicídio deve ser imediata, conforme prevê a Portaria MS/GM nº 1.271/2014, considerando a importância da tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir novos casos, uma vez que há risco de vida inerente (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017). Em se tratando de unidade de saúde que atende a pessoas nessa condição, é imprescindível, caso haja possibilidade, a inserção imediata na rede de cuidado, além da notificação para o município (BRASIL, 2017).

Da mesma forma, a notificação da violência sexual deve ser imediata, pois visa agilizar o atendimento da pessoa e seu acesso às medidas de profilaxia às ISTs, HIV e às hepatites virais (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017). No caso de meninas ou mulheres, o objetivo inclui ainda o acesso imediato à contracepção de emergência, garantindo a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

2.5.4 Fluxo da ficha de notificação

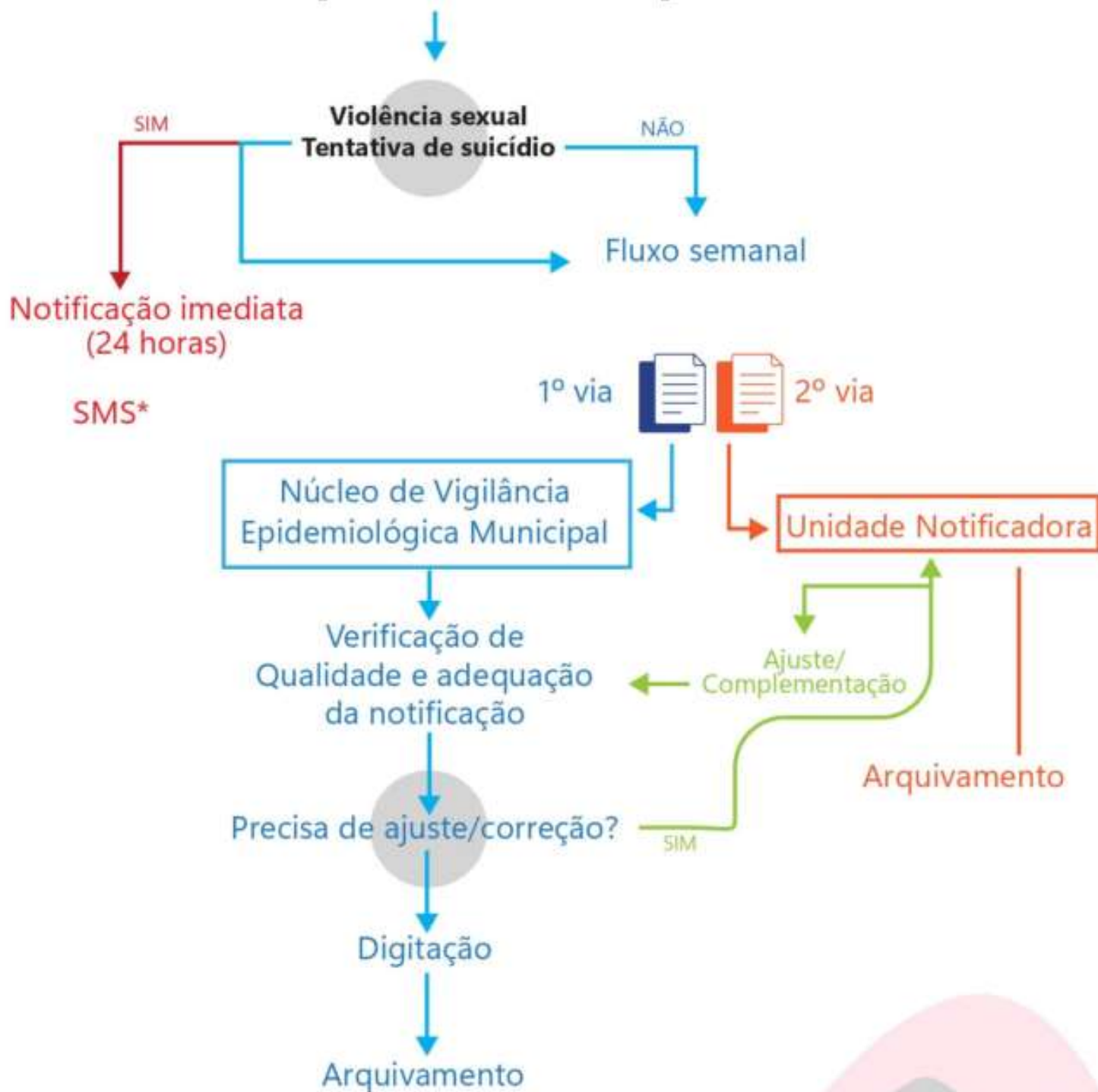
A notificação deve ser preenchida em duas vias: uma fica na unidade notificadora, enquanto a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela vigilância epidemiológica para digitação e consolidação dos dados.

2.5.5 No caso de crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência

Sendo a vítima criança ou adolescente, deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme exigência do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), uma comunicação do caso (descrição sucinta do que foi preenchido na ficha, com as informações mais relevantes). Esse procedimento também se aplica aos casos de suspeita ou confirmação de violência contra pessoas idosas, conforme determina o Estatuto da Pessoa Idosa (comunicado do caso às delegacias especializadas, Ministério Público, Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa); e as pessoas com deficiência (autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência) conforme a Lei 13.146 de 06 julho de 2015. Para definir os tipos e naturezas dessas violências e assim notificá-las corretamente, consulte o instrutivo de notificação das violências interpessoais e autoprovocadas do Ministério da Saúde. Além disso, todas as informações das variáveis das notificações realizadas por todos os municípios estão disponíveis no tabulador TABNET / Violência:

http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?sinan/tf_violencia.def

Suspeita de violência Interpessoal/autoprovocada



Fluxograma da notificação compulsória de violências interpessoais/autoprovocadas





3

RESPONSABILIDADES

3 RESPONSABILIDADES

O atendimento das pessoas em situação de violência deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo e assistente social (BRASIL, 2014). Essa composição, contudo, não inviabiliza o atendimento em situações nas quais algum dos profissionais esteja ausente (BRASIL, 2014). A atuação integrada desses profissionais, em equipe multiprofissional, favorece a abordagem humanizada e integral, articulando saberes e fortalecendo o cuidado nas diversas dimensões da assistência (BRASIL, 2014; SCI ELO, 2020).

Para isso, todos os profissionais devem conhecer as ações e serviços disponíveis oferecidos, não só na unidade, mas em toda a RAS, bem como outros setores envolvidos no cuidado às pessoas em situação de violência.

Abaixo, relacionam-se algumas das atribuições da equipe interdisciplinar, ressaltando-se, que todas as funções e responsabilidades, devem estar em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelos respectivos conselhos profissionais.

3.1 Responsabilidades das áreas técnicas do nível central da SES-RJ

3.1.1 Assessoria Técnica de Humanização

Capacitar os profissionais que realizarão o acolhimento às pessoas em situação de violência nas maternidades, unidades de urgência/emergência bem como em toda rede própria da SES-RJ.

3.1.2 Superintendência de Unidades Hospitalares e Pré-hospitalares

Adequar o sistema informatizado utilizado para Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) com cinco cores, com introdução da cor laranja, que sinaliza a necessidade de atendimento do(a) paciente em até 10 minutos, para que seja também aplicado como tempo máximo de atendimento às pessoas em situação de violência.

3.1.3 Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Estabelecer articulação com a APS dos municípios, de modo a assegurar a continuidade do cuidado às vítimas de violência.

3.1.4 Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

Elaborar diagnóstico situacional de saúde do agravo violência; propor estratégias de intervenção aos fatores determinantes e condicionantes da saúde no território, na perspectiva da integralidade do cuidado; e avaliar as intervenções efetivas para a mudança da situação de saúde.

3.2 Responsabilidades dos profissionais de saúde

3.2.1 Responsabilidades comuns a toda a equipe interdisciplinar

É de responsabilidade de toda a equipe interdisciplinar, em conjunto com o Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH) e a equipe gestora da unidade, realizar Educação Permanente, elaborando estudos e pesquisas a partir das estatísticas sobre os casos de violência atendidos na unidade, de modo a subsidiar e qualificar o trabalho dos profissionais e garantir o atendimento humanizado nos casos de violência.

3.2.2 Responsabilidades do Técnico de Enfermagem

- Realizar a pré-classificação no acolhimento (BRASIL, 1986; COFEN, 2017);
- Priorizar o atendimento de enfermagem em caso de suspeita de violência e/ou risco (BRASIL, 1986; COFEN, 2017);
- Registrar o nome do(a) usuário(a) no sistema (COFEN, 2017);
- Encaminhar o(a) paciente para a Classificação de Risco (COFEN, 2017; COFEN, 358/2009);
- Participar de reuniões interdisciplinares para estudo de casos (COFEN, 564/2017);
- Administrar medicamentos conforme prescrição médica,

protocolos de prescrição de profilaxias e normas técnicas de prevenção dos agravos resultantes da violência sexual (BRASIL, 1986; COFEN, 2017; COFEN, 380/2009).

Essas ações devem ser realizadas sob supervisão do enfermeiro, garantindo atendimento seguro e integral à pessoa que vivencia violência (COFEN, 2017).

3.2.3 Responsabilidades do Enfermeiro

- Classificar como laranja os casos de atendimento de violência, conforme demanda o protocolo de classificação de risco, garantindo agilidade do atendimento e respeitando a privacidade do(a) usuário(a) e sua família/responsável (BRASIL, 1986; COFEN, 564/2017);
- Orientar usuário(a) e/ou família/responsável sobre a dinâmica do atendimento na unidade (BRASIL, 1986; COFEN, 564/2017);
- Determinar o local de atendimento do(a) usuário(a), conforme sua classificação (COFEN, 564/2017);
- Encaminhar para atendimento médico, de acordo com a classificação (COFEN, 564/2017);
- Identificar casos de suspeição e/ou confirmação de pessoa em situação de maus-tratos — crianças, adolescentes, idosos, mulheres e demais grupos vulneráveis (BRASIL, 1986; COFEN, 564/2017);
- Prestar os cuidados pertinentes ao ocorrido, assegurando atenção integral (BRASIL, 1986; COFEN, 564/2017);
- Preencher a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovoçada do SINAN, em caso de suspeição ou confirmação, preferencialmente em conjunto com a equipe interdisciplinar (BRASIL, 2017; COFEN, 564/2017);
- Participar de reuniões interdisciplinares para estudo de casos (COFEN, 564/2017);

- Fazer contato com a Unidade Básica de Saúde (UBS) para discussão do caso e avaliação do seguimento do tratamento, incluindo medicação das profilaxias (BRASIL, 2017; COFEN, 564/2017);
- Realizar registro em prontuário, garantindo rastreabilidade e continuidade do cuidado (COFEN, 564/2017).

3.2.4 Responsabilidades do Farmacêutico

- Monitorar os medicamentos na unidade de saúde, garantindo rastreabilidade, estoque adequado e segurança do paciente (BRASIL, 2014; CFF, 2013);
- Garantir o armazenamento adequado dos medicamentos, incluindo monitoramento dos prazos de validade (BRASIL, 2014; CFF, 2013);
- Realizar a dispensação adequada dos medicamentos relacionados na prescrição, observando as doses, horários e protocolos de profilaxia (BRASIL, 2014; CFF, 2013);
- Sensibilizar a equipe interdisciplinar sobre a importância do cumprimento do protocolo de profilaxia estabelecido na Norma Técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017; CFF, 2013);
- Orientar a equipe interdisciplinar sobre a possibilidade de ocorrência de efeitos adversos e sobre a importância da correta orientação ao usuário na adesão ao esquema profilático prescrito, especialmente no tratamento prolongado com antirretrovirais (BRASIL, 2017; CFF, 2013);
- Realizar contato com a UBS para discussão do caso e avaliação de seguimento do tratamento (BRASIL, 2017);
- Orientar a pessoa em situação de violência sexual quanto ao uso correto dos medicamentos e avaliar possíveis interações medicamentosas, garantindo segurança e eficácia terapêutica (BRASIL, 2017; CFF, 2013).

Observações:

- O fracionamento dos medicamentos em doses individuais só

deve ser realizado caso a unidade possua área adequada, segundo as normas descritas na RDC N° 80 de 11 de maio de 2006, e fluxo estabelecido para o devido fracionamento e monitoramento dos prazos de validade.

- Os antirretrovirais, indicados na profilaxia do HIV, não deverão ser fracionados.

3.2.5 Responsabilidades do Assistente Social

- Identificar demandas sociais, implícitas e/ou explícitas, relacionadas a usuários em situação de vulnerabilidade social em consequência de situações ou contextos de violência (BRASIL, 1993; CFESS, 1993);
- Identificar fatores de risco e de proteção relacionados à pessoa/família em situação de violência, realizando orientação sobre direitos sociais e encaminhamento à rede de serviços especializados (BRASIL, 1993; CFESS, 1993);
- Realizar avaliação social em casos de suspeição ou confirmação de situações de violência (BRASIL, 1993; CFESS, 1993);
- Orientar o(a) usuário(a) e sua família/responsável sobre a dinâmica de atendimento na unidade (BRASIL, 1993; CFESS, 1993);
- Acionar a equipe interdisciplinar visando à garantia de atendimento integral das demandas apresentadas pelo(a) usuário(a) em situação de violência (CFESS, 1993; BRASIL, 2017);
- Participar de reuniões interdisciplinares para estudo de casos (CFESS, 1993);
- Orientar, encaminhar e/ou acionar os órgãos competentes, com emissão de relatório, laudo e/ou parecer social, baseado em estudo prévio de cada situação, para casos de suspeição ou confirmação de violência ou maus-tratos (Conselho Tutelar, Vara de Infância e Juventude, Sala Lilás, Sala de Escuta e Depoimento Especial para

Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Conselhos Municipais de Defesa de Direitos da Pessoa Idosa, Delegacia de Idosos, entre outros) (BRASIL, 1993; CFESS, 1993);

- Fazer contato com a UBS para discussão do caso e avaliação de seguimento do tratamento (BRASIL, 2017);
- Preencher a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN, em caso de suspeição ou confirmação de violência, preferencialmente em conjunto com a equipe interdisciplinar (BRASIL, 2017);
- Realizar registro em prontuário, garantindo a rastreabilidade do atendimento e continuidade do cuidado (BRASIL, 1993; CFESS, 1993).

3.2.6 Responsabilidades do Psicólogo

- Realizar entrevista com o(a) paciente visando colher informações para a compreensão do caso e da dimensão do sofrimento psíquico (BRASIL, 1962; CFP, 2005);
- Estabelecer contato com os familiares/responsáveis para compreender a história de vida e a dinâmica da violência (BRASIL, 1962; CFP, 2005);
- Orientar usuário(a) e família/responsável sobre a dinâmica do atendimento na unidade (BRASIL, 1962; CFP, 2005);
- Identificar fatores de risco e de proteção relacionados à pessoa em situação de violência e sua família, realizando encaminhamento à rede de atendimento (BRASIL, 1962; CFP, 2005);
- Elaborar relatório de psicologia, quando necessário, garantindo sigilo e registro técnico (CFP, 2005);
- Participar de reuniões interdisciplinares para estudo de casos, promovendo articulação com a equipe multiprofissional (CFP, 2005; BRASIL, 2017);
- Preencher a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN, em caso de suspeita ou

confirmação de violência, preferencialmente em conjunto com a equipe interdisciplinar (BRASIL, 2017);

- Fazer contato com a UBS para discussão do caso e avaliação do seguimento do tratamento (BRASIL, 2017);
- Realizar registro em prontuário, assegurando documentação adequada e proteção da confidencialidade (CFP, 2005).

3.2.7 Responsabilidades do Médico

- Realizar consulta clínica, incluindo anamnese, exame físico detalhado e planejamento da conduta para cada caso (BRASIL, 2013; CFM, 2011);
- Fornecer número do Boletim de Atendimento Médico (BAM) e/ou relatório de avaliação/consulta quando pertinente (BRASIL, 2017);
- Solicitar exames laboratoriais e radiológicos e realizar coleta de provas materiais quando necessário (BRASIL, 2017; CFM, 2011);
- Prescrever medicamentos e vacinas, quando necessário, para profilaxias/tratamentos preemptivos de ISTs, HIV, hepatites virais e contracepção de emergência; preencher o Formulário de Solicitação de Medicamentos/Profilaxia sempre que necessário; orientar o paciente quanto ao uso correto dos medicamentos e avaliar possíveis interações (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017);
- Orientar usuário(a) e/ou familiar/responsável sobre a conduta adotada e sobre a dinâmica do atendimento na unidade (BRASIL, 2013; CFM, 2011);
- Preencher a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN, em caso de suspeita ou confirmação de violência, preferencialmente em conjunto com a equipe interdisciplinar (BRASIL, 2017);
- Participar de reuniões interdisciplinares para estudo de casos (CFM, 2011; BRASIL, 2017);

- Realizar registro em prontuário, garantindo rastreabilidade e continuidade do cuidado (CFM, 2011);
- Fazer contato com a UBS para discussão do caso e avaliação do seguimento do tratamento (BRASIL, 2017).

3.2.8 Responsabilidades do Cirurgião Dentista

- Realizar anamnese ampliada e avaliação holística (BRASIL, 2023).
- Observar atentamente sinais físicos (hematomas, lacerações, fraturas, lesões orofaciais) e subjetivos (medo, retraimento, ansiedade, vergonha) que possam estar associados a situações de violência física, psicológica ou sexual (BRASIL, 2023).
- Registrar de forma minuciosa os achados clínicos em prontuário, incluindo descrição das lesões, relatos do paciente e demais informações relevantes para subsidiar a investigação e proteção da vítima (BRASIL, 2023).
- Cumprir a legislação vigente, realizando a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência, conforme os fluxos estabelecidos (BRASIL, 2023).
- Encaminhar os casos às redes de apoio e proteção — atenção primária, serviços de urgência e emergência, saúde mental, assistência social, Conselhos Tutelares, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), delegacias especializadas e sistema de justiça —, fortalecendo o trabalho intersetorial (BRASIL, 2023).
- Atuar na vigilância epidemiológica das violências, coletando dados, notificando e produzindo informações que subsidiem a formulação de políticas públicas.
- Participar de processos de formação e capacitação contínua sobre violência, acolhimento humanizado, notificação e protocolos interdisciplinares, assegurando práticas atualizadas e qualificadas

(BRASIL, 2023).

- Promover a reabilitação funcional e estética em casos de danos bucais decorrentes de violência, reconhecendo que a restauração do sorriso também significa resgatar autoestima, dignidade e reinserção social (BRASIL, 2023).

3.2.9 Responsabilidades do Chefe de Plantão

- Supervisionar a equipe na identificação de sinais e sintomas que possam caracterizar situações de violência;
- Fazer contato com a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) para discussão do caso e avaliação de seguimento do tratamento, principalmente nos casos de violência sexual, tentativas de suicídios e lesões autoprovocadas, que precisam de articulação no período de 24 horas;
- Dar suporte à equipe durante o atendimento, acompanhar os casos de difícil resolução e garantir o fluxo de encaminhamentos e notificações.

3.2.10 Responsabilidades do Gestor da Unidade

- Supervisionar, junto ao NVH, o fluxo das notificações dentro de sua unidade;
- Garantir o preenchimento correto e carimbo da unidade em todas as notificações;
- Garantir o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual conforme preconiza a Lei 12.845/13;
- Garantir espaço físico que possibilite privacidade no atendimento às pessoas em situação de violência;
- Fortalecer a equipe no processo de atendimento e notificação dos casos de violência;
- Garantir espaços de educação permanente, promovendo discussões de casos, organização de processos de trabalho e

capacitações para os profissionais de todos os níveis;

- Divulgar os dados estatísticos de atendimentos de casos suspeitos ou confirmados de violência, visando ações e intervenções de prevenção/cuidado, garantindo a confidencialidade dos casos;
- Garantir a implantação de salas exclusivas de acolhimento às pessoas em situação de violência nos serviços de saúde conveniados ou próprios do SUS conforme preconiza a Lei 14.847, de 2024.
- Providenciar o cadastramento ou a devida adequação do registro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as classificações vigentes, das unidades que estiverem em conformidade com as normas, regras e diretrizes técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, conforme as Portarias nº 485 e nº 618, de 2014, a fim de que o serviço prestado seja reconhecido e financiado como Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual.

Observações:

Os estabelecimentos que ainda não atendem plenamente a essas normas, regras e diretrizes técnicas devem, sempre que possível, realizar o atendimento humanizado às pessoas em situação de violência. Quando não houver capacidade técnica ou estrutural para assegurar tal atendimento, recomenda-se o encaminhamento imediato a um serviço especializado e devidamente habilitado.

4

ASPECTOS GERAIS E
ESPECÍFICOS DE ACORDO
COM OS CICLOS DE VIDA

4.1 Criança

A violência infantil, abrangendo formas como abuso sexual, negligência, abandono, maus-tratos físicos e psicológicos, é uma triste realidade que afeta crianças até os 9 anos de idade, segundo Ministério da Saúde (Ferriani, 2016; Brasil, 2021).

Além das óbvias consequências físicas, como lesões corporais e doenças resultantes de abuso, como ferimentos graves e transtornos de estresse pós-traumático, as crianças expostas à violência enfrentam também graves impactos emocionais, como ansiedade, depressão, baixa autoestima e dificuldades de relacionamento, deixando frequentemente sequelas que persistem ao longo da vida adulta (Maia e Williams, 2005).

Essas consequências não se limitam apenas à esfera individual, mas se estendem ao campo social mais amplo. Crianças expostas a qualquer tipo de violência têm maior probabilidade de se tornarem adultos com transtornos mentais e de se envolverem em comportamentos de risco, perpetuando o ciclo de violência (OMS, 2002).

Nesse contexto, o comportamento violento é um ciclo em que, o indivíduo, ao vivenciar experiências na infância, acaba reproduzindo atos violentos ao se relacionar com os outros. Tal fato se dá, pois a criança reproduz o comportamento do adulto como referência no que tange às suas ações, contribuindo para a naturalização e perpetuação da violência entre as gerações (Hillis, 2016).

Diante dessas situações, os profissionais de saúde desempenham um papel crucial na prevenção e na mitigação desses efeitos devastadores. Médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais desempenham um papel proativo na identificação precoce de sinais de violência infantil, oferecendo apoio emocional, encaminhamento para serviços de apoio através de fluxos pré-definidos e intervenção adequada para atender e proteger a criança (Marcolino et al., 2021).

Assim, a APS por meio de vínculo entre os profissionais da saúde, crianças, suas famílias e comunidade, reconhece os sinais de violência, contribuindo para a proteção da criança. Além disso, pode realizar intervenções oportunas e promover ações educativas que objetivem romper o ciclo da violência (Marcolino et al., 2021).

Além disso, a conscientização e a educação dos pais e cuidadores sobre práticas parentais positivas e saudáveis são fundamentais para prevenir a ocorrência de violência infantil. Ao colaborar com outras partes interessadas, como assistentes sociais e profissionais de educação, os profissionais de saúde podem contribuir significativamente para a criação de ambientes seguros e acolhedores para todas as crianças (UNICEF BRASIL, 2024).

4.1.1 Tipos de violência contra a criança e como identificá-las

Física: A violência física contra crianças refere-se ao uso intencional da força para causar dano corporal, dor ou sofrimento. Exemplos incluem tapas, socos, beliscões, chutes, queimaduras, estrangulamento e chacoalhar o bebê (menos de dois anos). Os sinais e sintomas mais comuns são hematomas em diferentes estágios de cicatrização, marcas de objetos (como cintos ou cordas), fraturas inexplicáveis ou recorrentes, queimaduras em padrões específicos e lesões incompatíveis com a história relatada. Para identificar possíveis casos, o profissional de saúde deve estar atento a explicações vagas ou contraditórias, atrasos na busca por atendimento médico e comportamento temeroso ou retraído da criança na presença do cuidador. Sinais de alarme incluem múltiplas lesões inexplicáveis ou lesões em áreas não usuais para acidentes, como face, costas ou nádegas, podendo em alguns casos, levar ao óbito (BRASIL, 2006).

Psicológica ou emocional: A violência psicológica envolve comportamentos que causam dano emocional ou comprometem o desenvolvimento mental da criança, como humilhações, insultos, ameaças, rejeição ou isolamento. Os sinais mais comuns são alterações de comportamento, ansiedade, depressão, baixa autoestima, dificuldades escolares ou sociais e distúrbios do sono ou da alimentação. O profissional de saúde deve investigar mudanças abruptas no humor ou comportamento, relatos de medo extremo dos cuidadores e sinais de retraimento ou agressividade. Sinais de alarme incluem relatos de ameaças constantes, desprezo ou humilhação persistente por parte dos responsáveis (BRASIL, 2006).

Sexual: A violência sexual compreende qualquer ato sexual envolvendo uma criança, incluindo abuso com ou sem contato físico, exploração sexual comercial e produção de pornografia infantil. Os sinais físicos podem incluir lesões genitais ou anais, infecções sexualmente transmissíveis e dores ou sangramentos inexplicáveis. Os sinais comportamentais incluem conhecimento sexual inapropriado para a idade, medo intenso de certas pessoas ou lugares, mudanças repentinas de humor, isolamento ou regressão do comportamento (como voltar a urinar na cama). O profissional deve estar atento a sinais de medo ou vergonha excessiva ao abordar o tema e a relatos vagos ou confusos que sugiram coerção. Sinais de alarme incluem relatos diretos de abuso ou a presença de lesões genitais sem causa plausível (BRASIL, 2006).

Negligência e abandono: A negligência é caracterizada pela omissão de cuidados essenciais, como alimentação, higiene, saúde, segurança e educação. Os sinais mais comuns incluem baixo peso ou desnutrição, falta de cuidados médicos básicos, roupas inadequadas

para o clima, falta de vacinação, atraso no desenvolvimento e ausência escolar frequente. O profissional de saúde deve observar sinais de descuido constante, histórico de visitas médicas irregulares ou repetidas hospitalizações por causas evitáveis. Sinais de alarme incluem falha crônica em atender necessidades básicas mesmo após orientação ou identificação de riscos iminentes para a segurança e o bem-estar da criança (BRASIL, 2006).

A abordagem em situações de negligência são classificadas em três momentos que incluem: a prevenção primária (antes que ocorra a negligência); a intervenção precoce (quando há sinais iniciais de negligência); intervenção em casos graves (com foco na proteção da criança) (OMS, 2002).

Nas situações de prevenção primária a recomendação é o investimento na educação parental através de programas voltados para práticas positivas no cuidado à criança; formação de grupos de apoio aos pais, sobretudo os que estão em situação de risco; visitas domiciliares nas quais os profissionais podem ofertar orientações e apoio prático e campanhas de educação e conscientização para a comunidade. A intervenção precoce consiste no reconhecimento dos sinais de negligência e dos devidos encaminhamentos por profissionais capacitados; bem como a oferta de apoio familiar por intermédio de terapias e suporte psicológico aos cuidadores. A intervenção em casos graves envolve a proteção imediata da criança; caso seja necessário, o afastamento imediato do cuidador; acompanhamento judicial e legal; reconstrução de vínculos familiares quando for possível (OMS, 2002).



4.2 Adolescente

Conforme a OMS, a violência contra adolescentes é definida como "ações ou omissões cometidas uma ou mais vezes, que prejudiquem a integridade física, emocional ou psicológica do adolescente, impedindo-o de exercer plenamente seus direitos e de se desenvolver de forma saudável". A violência pode ocorrer no âmbito familiar, escolar ou comunitário, sendo frequentemente cometida por pessoas do círculo de convivência do adolescente, como familiares, colegas, educadores ou membros da comunidade (WHO, 2015). Para um adolescente ser considerado saudável, ele deve ter condições de desenvolver suas habilidades, lidar com as dificuldades normais da idade e se integrar ao seu meio social de forma construtiva (WHO, 2015). No entanto, muitos adolescentes enfrentam situações de vulnerabilidade que comprometem sua saúde mental e física, muitas vezes necessitando de cuidado específico e suporte adequado.

4.2.1 Tipos de violência contra adolescentes

A violência contra adolescentes pode se manifestar de diversas formas, incluindo (Brasil, 2013):

Física: Uso da força física que resulte em dor, lesões ou danos ao adolescente, sejam temporários ou permanentes.

Psicológica: Ameaças, humilhações, isolamento e outras formas de abuso verbal que prejudicam a autoestima e o desenvolvimento emocional do adolescente.

Sexual: Qualquer forma de abuso ou exploração sexual, havendo ou não relação de parentesco.

Abandono e negligência: Falta de atendimento às necessidades básicas, como alimentação, cuidados médicos, afeto e segurança, por parte de quem deveria proteger o adolescente.

Financeira ou econômica: Exploração econômica, incluindo forçar o adolescente a trabalhar para obter recursos financeiros. O trabalho infantil é proibido pela Constituição Federal de 1988, que estabelece a idade mínima de 16 anos para o trabalho formal e de 14 anos na condição de aprendiz. O ECA também assegura a proteção contra o trabalho infantil, garantindo o direito à educação e ao desenvolvimento saudável do adolescente.

Autoprovocada: Inclui automutilação e tentativas de suicídio, que podem ser consequências de um ambiente violento, falta de suporte adequado e acesso a dispositivos de saúde.

4.2.2 Como identificar situações suspeitas de violência contra adolescentes?

Considerando os riscos conhecidos aos adolescentes, é fundamental que os profissionais de saúde e toda a sociedade estejam atentos a sinais que possam indicar a ocorrência de violência. Mudanças de comportamento, como apatia, agressividade, tristeza persistente, uso de roupas que escondem o corpo ou sinais de depressão, podem ser indicativos de que algo está errado. Lesões inexplicáveis, como hematomas, queimaduras, cortes ou outras marcas físicas sem justificativas coerentes, também devem ser observadas com atenção. Problemas escolares, como queda no rendimento, faltas frequentes ou isolamento social, são outros sinais de alerta. A automutilação, evidenciada por marcas de cortes ou queimaduras autoinfligidas, é um indicativo sério de sofrimento emocional. Além disso, relatos inconsistentes sobre a origem dos ferimentos, tanto por parte do adolescente quanto do responsável, merecem investigação cuidadosa. A violência contra adolescentes, muitas vezes cometida por pessoas próximas, representa um desafio para a denúncia e o acolhimento por parte dos serviços de saúde e da escola. O medo de

retaliação e os vínculos emocionais com o agressor são barreiras significativas que devem ser consideradas com sensibilidade durante a abordagem ao adolescente (Brasil, 2013).

4.2.3 Acolhimento de adolescentes possíveis vítimas de violência.

Para lidar adequadamente com situações envolvendo adolescentes, é fundamental estabelecer uma relação de confiança, demonstrando empatia e criando um ambiente seguro para que eles se sintam à vontade para compartilhar o que estão vivendo. A privacidade deve ser garantida sempre que possível, realizando a entrevista sem a presença de acompanhantes que possam ser os agressores. É importante utilizar perguntas diretas e objetivas, sem julgamentos, para facilitar o relato de possíveis situações de violência. Além disso, é essencial realizar o encaminhamento adequado, acionando a rede de apoio disponível — como o Conselho Tutelar, a assistência social, os serviços de saúde mental, entre outros, conforme previsto no ECA. Por fim, deve-se garantir o sigilo das informações compartilhadas, com exceção dos casos em que seja necessária a comunicação aos órgãos de proteção. Nesses casos, é indispensável esclarecer ao adolescente os motivos dessa comunicação e assegurar a sua proteção ao longo de todo o processo.

4.2.4 O Programa de Saúde na Escola

Programas intersetoriais, como o Programa Saúde na Escola (PSE), desempenham ações na abordagem dessa problemática. O PSE é, conforme descrito pelo Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, um programa intersetorial entre a Saúde e a Educação. Apesar do programa possuir adesão facultativa, os municípios do estado do Rio de Janeiro apresentam total adesão desde 2021.

Dentre as 14 ações previstas no PSE, as ações "Promoção da cultura de paz e direitos humanos", "Prevenção das violências e dos acidentes", "Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST", "Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas" e "Saúde Mental" dialogam direta e indiretamente com a violência. A partir do diagnóstico situacional dos territórios, uma ou mais dessas ações são aplicadas conforme o planejamento do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal. Essas ações visam o fortalecimento de um ambiente escolar mais seguro e acolhedor, atuando de maneira preventiva e promovendo uma cultura de respeito e cidadania entre os escolares. A abordagem intersetorial permite que a saúde e a educação atuem de forma integrada, ampliando o alcance das políticas públicas voltadas para a proteção de crianças e adolescentes.

No contexto das ações de prevenção, o PSE também visa à criação de espaços de diálogo nas escolas, como rodas de conversa e oficinas, permitindo que os alunos desenvolvam habilidades socioemocionais, essenciais para a resolução pacífica de conflitos e para a construção de uma convivência mais harmoniosa. Como efeito secundário, temos a difusão desses saberes à rede familiar desses escolares.

Além disso, foi desenvolvido em 2023, em parceria com o Núcleo Estadual de Prevenção e Atenção às Violências, o "Guia de Enfrentamento a Violências: Estratégias de Promoção da Saúde e Cultura de Paz nas Escolas"

(<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NjQ2Mzk%2C>). Este guia é destinado a profissionais e familiares que lidam com crianças e adolescentes em situações de violência. Ele oferece esclarecimento sobre redes de apoio, estratégias de prevenção e promoção de uma cultura de paz nas escolas, com foco na proteção e desenvolvimento dos jovens, tipos de violência, saúde mental, suicídio e outros temas.

O guia aborda a responsabilidade coletiva, destacando a importância da colaboração entre diferentes setores, como saúde, educação e justiça. Discute os impactos da pandemia, o aumento de casos de violência nas escolas e a necessidade urgente de fortalecer as políticas de proteção já previstas no ECA.

Por fim, o PSE busca prevenir comportamentos de risco e fortalecer a resiliência emocional dos jovens, criando uma rede de suporte capaz de mitigar os impactos da violência. A parceria entre os profissionais de saúde, educação e outros atores pertinentes (ex: assistência social, conselho tutelar, participação da juventude e outros) almejam o sucesso dessas iniciativas, pois garante que as intervenções sejam mais eficazes frente à complexidade da temática.

4.3 Mulher

A violência contra a mulher constitui uma grave violação dos direitos humanos, além de configurar um problema de saúde pública de alta complexidade e impacto. Seus tipos mais recorrentes incluem a violência física, psicológica, sexual, moral e patrimonial, todas descritas na Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que define a violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico ou dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006).

No estado do Rio de Janeiro, os indicadores de violência contra mulheres vêm apresentando crescimento expressivo. De acordo com o Instituto de Segurança Pública (ISP), somente no ano de 2024, foram registrados:

- 43.742 vítimas de violência física, um aumento de 5,6% em relação a 2023;
- 56.206 vítimas de violência psicológica, maior número já registrado desde o início da série histórica;

- 37.571 vítimas de violência moral e 8.334 de violência patrimonial, também com valores recordes;
- 8.339 vítimas de violência sexual, maior patamar da série histórica;
- 382 tentativas de feminicídio, aumento de 24% em relação ao ano anterior;
- 107 feminicídios consumados, segundo maior número desde 2016 (ISP, 2025).

Embora o número de homicídios dolosos de mulheres tenha apresentado queda de 26,3% no mesmo período (140 casos em 2024), os dados indicam a persistência de um cenário alarmante e desafiador para os serviços públicos de proteção e cuidado (ISP, 2025).

Essas estatísticas reforçam a necessidade da atuação qualificada dos profissionais de saúde, principalmente na APS e nos serviços de urgência e emergência, frente à detecção precoce de casos de violência e à adoção de fluxos adequados para o acolhimento, notificação e encaminhamento intersetorial. A escuta qualificada, o sigilo, o respeito à autonomia da usuária e o registro adequado das informações são elementos centrais da atenção, conforme preconizado pela Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual (BRASIL, 2015) e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011).

4.3.1 Os tipos de violência contra a mulher

Violência física: Caracteriza-se por qualquer ação que cause dano à integridade ou saúde corporal da mulher. Inclui empurrões, socos, tapas, estrangulamento, queimaduras, uso de armas ou qualquer outra forma de agressão física. A violência física é, muitas vezes, a manifestação mais visível da violência doméstica, sendo frequentemente precedida por formas mais sutis de abuso, como a violência psicológica. A identificação de lesões físicas nos serviços de

saúde deve estar acompanhada de escuta qualificada e notificação compulsória, conforme preconizado pela legislação vigente.

Violência psicológica: Define-se como qualquer conduta que cause dano emocional, diminuição da autoestima, controle sobre decisões e comportamentos, ou que vise degradar a imagem da mulher. Pode se manifestar por meio de humilhações, ameaças, chantagens, isolamento social e manipulação. Por ser silenciosa e de difícil detecção, exige atenção redobrada dos profissionais de saúde, especialmente nas falas indiretas da usuária. A violência psicológica é a mais recorrente entre os tipos reportados, demonstrando sua prevalência e impacto nos vínculos e na saúde mental da vítima.

Violência sexual: Envolve qualquer ato sexual não consentido, tentativa de relação forçada, toques indesejados, estupro, coerção reprodutiva e outras formas de violação da liberdade e autonomia sexual da mulher. Este tipo de violência compromete a saúde física, mental e reprodutiva da vítima. Os serviços de saúde devem garantir acolhimento sigiloso, oferta de profilaxias (HIV e ISTs), contracepção de emergência, coleta de vestígios (se consentido) e notificação do caso, conforme as diretrizes da Norma Técnica de Atenção Humanizada.

Violência moral: Consiste em qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria, atentando contra a honra e imagem da mulher. Pode incluir acusações falsas, exposição vexatória ou discursos ofensivos. Embora não deixe marcas físicas, a violência moral provoca sofrimento psicológico e pode desencadear ou intensificar quadros de depressão e ansiedade. É comum em contextos de separação, disputa de guarda e ambientes públicos ou digitais.

Violência patrimonial: Refere-se à retenção, subtração, destruição ou controle dos bens, valores, documentos ou recursos financeiros da mulher. Pode incluir impedir o uso de dinheiro, destruir

objetos pessoais, reter cartões bancários ou documentos de identidade. Esse tipo de violência tem impacto direto na autonomia da vítima e é um dos principais fatores que dificultam o rompimento do ciclo da violência. Os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais indiretos, como relatos de dependência econômica ou medo de se ausentar do lar.

4.3.2 Como identificar situações suspeitas de violência contra mulheres?

De acordo com o Guia prático para o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária (BRASIL, 2025), mulheres em situação de violência estão mais propensas a desenvolver diversos problemas de saúde. Certos sinais e sintomas podem despertar suspeitas e facilitar a identificação desses casos em diferentes contextos da vida. Quando não são abordados de forma integrada, os processos patológicos associados à violência e ao sofrimento psicoemocional tornam-se difíceis de manejar, mesmo quando se trata de condições aparentemente simples e conhecidas. Esses casos geram alto custo para o sistema de saúde, aumentam o risco de iatrogenias, causam frustração nos profissionais e podem resultar em sequelas, incapacidades e mortes prematuras.

No campo da saúde mental, os impactos mais frequentes incluem baixa autoestima, estresse, ansiedade, depressão, ideação e/ou tentativas de suicídio, autoagressão e comportamentos autoprejudiciais, como o uso abusivo de álcool e outras drogas. Também são comuns a insônia, o transtorno de estresse pós-traumático, a síndrome do pânico, além de problemas emocionais e comportamentais nas crianças como consequência da violência vivenciada pelas mulheres. Outros sinais frequentes são raiva, agressividade, diminuição da autopercepção de saúde, assim como

ganho ou perda de peso repentino e não intencional (BRASIL, 2025). No que se refere à saúde sexual, reprodutiva, materna e infantil, são observadas lesões na região genital, ISTs de repetição e HIV, dor pélvica, dor durante o ato sexual e outros problemas sexuais, além de infecções urinárias recorrentes. Também se destacam gestações não desejadas, atraso no início do pré-natal, faltas frequentes ou ausência total de acompanhamento gestacional, prematuridade, baixo peso ao nascer e óbito fetal.

De forma geral, outras queixas comuns incluem lesões repetidas e/ou sem explicação, dores crônicas, especialmente gastrointestinais e cefaleias, além de múltiplas consultas médicas sem diagnóstico conclusivo. Em muitos casos, observa-se a presença constante do parceiro nas consultas, o que pode indicar controle excessivo, bem como faltas frequentes tanto das mulheres quanto das crianças às consultas agendadas (BRASIL, 2025).

4.3.3 Como acolher mulheres em situação de violência?

O acolhimento deve, sempre que possível, ser realizado por uma profissional mulher. Uma vez iniciada a abordagem, é necessária escuta atenta, habilidade para conduzir a conversa e encaminhar a situação de forma segura. Devem ser utilizados espaços apropriados para o acolhimento, em ambiente privativo e individualizado, garantindo a privacidade e a integridade física da mulher.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) recomenda um suporte de primeira linha estruturado em cinco componentes essenciais (LIVES – Listen, Inquire, Validate, Enhance safety, Support):

I. Escutar (Listen)

Escutar a mulher de forma empática, sem julgamento moral, demonstrando atenção e interesse genuíno pelo que ela compartilha.

II. Perguntar (Inquire needs and concerns)

Indagar sobre as necessidades e preocupações da usuária, criando espaço seguro para que ela se sinta à vontade para relatar sua experiência.

III. Validar (Validate)

Reconhecer e dar crédito ao que a mulher diz, assegurando que ela não é culpada pela violência sofrida e que seu sofrimento é legítimo.

IV. Aprimorar a segurança (Enhance safety)

Planejar junto com a mulher estratégias de segurança para protegê-la em caso de futuros episódios de violência, fortalecendo seu senso de proteção e autonomia.

V. Apoiar (Support)

Apoiar a iniciativa da mulher de falar sobre a violência, orientando sobre possibilidades de ação e informando sobre outros serviços e locais de apoio que possam ajudá-la a interromper a situação de violência.

Cabe destacar que ouvir sem julgamento implica respeitar os valores e opiniões da mulher, mesmo que sejam diferentes dos valores do profissional. Isso requer postura de respeito e comunicação interessada em compreender a mulher como sujeito livre e autônomo.

O profissional não deve julgar a mulher por suas dúvidas, comportamentos ou valores, nem indicar julgamentos punitivistas sobre o(a) autor(a) da violência, mantendo sempre uma postura ética de defesa da não violência (BRASIL, 2025).

Durante a escuta, permita que a mulher narre livremente sua experiência, respeitando seu tempo e emoções, sem interromper ou pressionar por detalhes. O foco deve ser compreender seu relato, avaliar riscos imediatos e garantir conforto e segurança, por meio de apoio simples, como a oferta de água ou lenço. Detalhes explícitos sobre a violência não são necessários para conduzir o atendimento.

Após o acolhimento inicial e a identificação do tipo de violência sofrida, é fundamental avaliar o risco a que a mulher está exposta, a fim de determinar se o caso requer assistência imediata ou se é possível aguardar atendimento agendado. A avaliação envolve quatro tipos de risco, que podem estar interligados: suicídio, feminicídio, homicídio e violência contra crianças (BRASIL, 2025).

Em casos de urgência, como violência sexual recente (menos de 72 horas), é importante determinar o momento do ocorrido para seguir protocolos, realizar profilaxia pós-exposição, contracepção de emergência e encaminhamentos adequados conforme a rede de atenção local (BRASIL, 2012).

Em algumas situações, mulheres em contexto de violência podem manifestar pensamentos de agredir ou até matar o(a) companheiro(a), geralmente devido à falta de alternativas percebidas para interromper o ciclo de violência. Nesses casos, o profissional deve manter uma postura de não violência, não incentivar vingança ou revide e conscientizar sobre as possíveis consequências graves dessas ações. É essencial oferecer alternativas seguras e estratégias para que a mulher possa se proteger e sair do contexto de violência de forma efetiva e legal.

Para além disso, indicamos a leitura da cartilha Vozes dos Territórios: o papel do Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento à violência contra a mulher. Acesso em: https://www.rj.gov.br/saude/sites/default/files/arquivo_pagina_basica/vozes-dos-territorios_%28cartilha%29.pdf

4.3.4 Violência obstétrica

A violência obstétrica abrange práticas abusivas, como violência física, verbal ou sexual, negligência, maus-tratos, desrespeito, procedimentos não embasados em evidências científicas e deficiências na infraestrutura dos serviços de saúde. Três características definem

esse fenômeno: ocorre exclusivamente em ambientes de atenção à saúde — como ambulatórios, consultórios e maternidades —, é cometida predominantemente por profissionais de saúde e combina violências interpessoais (como agressões físicas ou verbais) com falhas institucionais, incluindo sobrecarga de trabalho, estrutura inadequada e escassez de recursos humanos (Leite et. al. 2024).

Estudos recentes reforçam que a violência obstétrica é um problema de saúde pública, impactando negativamente a saúde física e mental das mulheres (Leite, 2024; Conceição, 2024). Apesar de o assunto ser amplamente discutido, ainda não existe um consenso sobre a melhor forma de nomeá-lo. Termos como “violência obstétrica”, “desrespeito e abuso” e “maus-tratos no parto” são muitas vezes utilizados como se significasse a mesma coisa. No entanto, na produção científica, cada um deles possui nuances próprias, ainda que compartilhem aspectos em comum.

A violência obstétrica é um fenômeno complexo, que acontece em diferentes dimensões da vida das mulheres. Por isso, enfrentá-la exige estratégias que atuem em todos esses níveis, transformando as bases que permitem que essa forma de violência seja perpetuada e até mesmo naturalizada.

Nesse contexto, quatro pilares são essenciais para a prevenção e combate à violência obstétrica: o empoderamento das mulheres (nível individual), a capacitação dos profissionais de saúde (nível relacional), a vigilância epidemiológica e os mecanismos de denúncia (nível comunitário) e o fortalecimento do amparo legal e institucional (nível macro) (Leite, 2024).

Do lado dos profissionais de saúde, torna-se imprescindível investir em formação e capacitação permanentes. Mais do que dominar técnicas, é preciso que conheçam os direitos humanos e reprodutivos e adotem práticas que respeitem a autonomia das mulheres.

Segundo Paiz et al. (2024), a predominância de uma obstetrícia intervencionista, centrada quase exclusivamente em médicos, evidencia que a atuação de enfermeiras obstétricas e obstetizes ainda é limitada no Brasil. Para reduzir a violência obstétrica, os profissionais devem adotar práticas humanizadas, respeitar a autonomia da mulher, promover comunicação clara e transparente, envolver a gestante nas decisões sobre procedimentos e garantir que todos os cuidados estejam baseados em evidências científicas.

Para as mulheres, uma das intervenções mais importantes é o acesso à informação de qualidade. É fundamental que recebam orientações claras, baseadas em evidências científicas, sobre todas as etapas do ciclo reprodutivo: gravidez, parto, puerpério e também sobre situações de abortamento. Além disso, é necessário que conheçam seus direitos legais, para que possam se posicionar e tomar decisões conscientes.

De acordo com Pardin et al. (2023), o pré-natal é um momento privilegiado para a educação em saúde, pois permite orientar as mulheres sobre gravidez, parto e puerpério, além de fortalecer sua autonomia, autoconfiança e protagonismo. Esse processo educativo contribui para que a gestante tenha maior poder de escolha diante dos procedimentos realizados em seu corpo, reduzindo a vulnerabilidade à violência obstétrica.

Esse processo educativo não deve se restringir ao pré-natal, mas se estender a outros momentos, como visitas de preparação à maternidade, internação para o parto e consultas de pós-parto.

O plano de parto, quando elaborado durante o pré-natal, constitui uma ferramenta importante para assegurar que a gestante tenha voz ativa no processo de parturição (Medeiros, 2019). Essa abordagem fortalece a comunicação com a equipe de saúde, contribui para reduzir intervenções desnecessárias e aumenta a satisfação e o

protagonismo da mulher durante o nascimento.

O cuidado precisa ser construído em parceria, considerando não só os aspectos clínicos, mas também o contexto social, cultural e emocional da paciente. Assim, decisões compartilhadas entre equipe e mulher deixam de ser um ideal e passam a ser parte do cuidado cotidiano.

Contudo, para que essa mudança seja real, é necessário olhar também para quem cuida. Profissionais sobrecarregados, com longas jornadas, atuando em maternidades lotadas e com estruturas precárias, enfrentam desgaste físico e emocional que afeta diretamente a qualidade da assistência. É por isso que garantir condições dignas de trabalho e oferecer apoio psicossocial, quando necessário, não é apenas um direito dos trabalhadores, mas também uma forma de proteger as mulheres e assegurar um cuidado mais humano e respeitoso.

4.4 Idoso

O Estatuto da Pessoa Idosa, instituído pela Lei nº 10.741/2003 e atualizado pela Lei nº 14.423/2022, define como idosas todas as pessoas com 60 anos ou mais. Em seu artigo 2º, estabelece que é dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público garantir, com absoluta prioridade, os direitos dessa população, incluindo o direito à vida, à saúde e à dignidade. Aos idosos com 80 anos ou mais deve ser dada atenção especial.

Segundo Moraes (2009), uma pessoa idosa é considerada saudável quando consegue realizar suas atividades de forma independente e autônoma, mesmo convivendo com doenças, sendo o processo de envelhecimento heterogêneo, o que significa que dois idosos da mesma idade cronológica podem apresentar níveis muito diferentes de autonomia e funcionalidade.

A perda da capacidade funcional dos idosos exige, em muitos

casos, a presença de um cuidador, geralmente um familiar e na maioria das vezes mulher. Essa função, somada às demais demandas da vida cotidiana, pode gerar sobrecarga física e emocional, com risco de estresse e adoecimento do cuidador. Por isso, é fundamental oferecer suporte e acolhimento a esses cuidadores, prevenindo seu esgotamento e, conseqüentemente, possíveis atos de violência (Pereira e Soares, 2015).

De acordo com a OMS, a violência contra a pessoa idosa envolve ações ou omissões que comprometem sua integridade física ou emocional e seu papel social, geralmente praticadas por pessoas próximas, como familiares, cuidadores e membros da comunidade (WHO, 2021).

Outro fator que pode favorecer a violência contra a pessoa idosa é o idadismo, conceito que a OMS define como a presença de estereótipos (pensamentos), preconceitos (sentimentos) e discriminação (ações) com base na idade. O idadismo pode ser institucional (regras ou políticas que excluem ou desfavorecem), interpessoal (em relações cotidianas) ou autoinfligido (quando o próprio idoso internaliza esses preconceitos). Reconhecer e combater o idadismo é essencial para garantir um envelhecimento digno e protegido (WHO, 2021).

4.4.1 Tipos de violência contra pessoas idosas

De acordo com o Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa (Brasil, 2014), a violência contra essa população pode apresentar múltiplas manifestações, abrangendo as dimensões física, psicológica, sexual, financeira e social — esta última evidenciada por situações de abandono e/ou negligência. Ademais, inclui-se a violência autoprovocada, caracterizada por ações do próprio idoso que comprometem sua integridade física ou psíquica.

Os tipos de agressão mais frequentes são:

Física: Refere-se ao uso da força para compelir a pessoa idosa a fazer algo contra sua vontade, podendo causar dor, lesões, incapacidades ou até a morte.

Psicológica: Envolve agressões verbais ou gestuais com a intenção de intimidar, humilhar, controlar ou isolar a pessoa idosa do convívio social.

Sexual: Diz respeito a atos ou jogos sexuais, homo ou heteroafetivos, praticados sem o consentimento da pessoa idosa.

Abandono: Caracteriza-se pela ausência ou omissão dos responsáveis — sejam familiares, instituições ou o poder público — em prestar assistência e proteção à pessoa idosa que necessita de cuidados.

Negligência: Corresponde à recusa ou omissão dos cuidados básicos por parte dos responsáveis, comprometendo o bem-estar e a segurança da pessoa idosa.

Autonegligência: Ocorre quando a própria pessoa deixa de cuidar de si, colocando sua saúde e integridade em risco.

Financeira ou econômica: Consiste na exploração indevida, ilegal ou não autorizada dos recursos financeiros e patrimoniais da pessoa idosa, que não se limita a apenas meios físicos. As pessoas idosas vêm sendo cada vez mais expostas a formas específicas de violência no ambiente digital. Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, em 2024 houve uma “migração do crime real para o virtual”, sendo

observada uma epidemia de fraudes, com crescimento de 408% desde 2018. Os golpes virtuais ocorrem por meio de redes sociais, e-mails, aplicativos de mensagem ou sites de compras, gerando um prejuízo tanto financeiro quanto impacto na saúde mental das vítimas.

Autoinfligida: Corresponde a comportamentos autodestrutivos, como tentativas de suicídio ou suicídios consumados, que muitas vezes refletem sofrimento psicológico intenso e negligência prolongada. Todas essas formas de violência exigem atenção, denúncia e medidas de proteção eficazes.

4.4.2 Sinais e sintomas comportamentais sugestivos de violência

Durante o atendimento à pessoa idosa, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos a sinais e sintomas comportamentais que possam indicar a ocorrência de violência. Tais manifestações podem ser percebidas tanto na conduta da pessoa idosa quanto na do(a) cuidador(a), e devem ser criteriosamente avaliadas, como:

- Presença de sintomas depressivos, tentativas de suicídio e/ou uso abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas;
- Adiamento, por parte da pessoa idosa ou de seu(sua) cuidador(a), na busca por atendimento médico, mesmo diante de lesões ou doenças evidentes;
- Relatos vagos, inconsistentes ou inverossímeis fornecidos pela pessoa idosa ou por seu(sua) cuidador(a) sobre a origem das lesões ou o estado de saúde;
- Contradições nas versões apresentadas pela pessoa idosa e pelo(a) cuidador(a) sobre o mesmo episódio ou situação;
- Frequência elevada de atendimentos em serviços de emergência, com agravamento repetitivo das condições clínicas da pessoa idosa;

- Chegada de pessoa idosa com comprometimento físico e/ou cognitivo desacompanhada ao serviço de saúde;
- Incompatibilidade entre os resultados de exames laboratoriais e/ou de imagem e o histórico clínico relatado (Brasil, 2017).

4.4.3 Dificuldades na abordagem da violência contra a pessoa idosa

A identificação e abordagem da violência contra a pessoa idosa podem ser desafiadoras, principalmente pelo fato de, frequentemente, o agressor ser um familiar ou o(a) cuidador(a) direto(a). Essa situação pode dificultar a denúncia por parte do idoso, devido à dependência funcional, financeira ou emocional, bem como por laços afetivos com o agressor (Freitas, 2020).

Adicionalmente, há casos em que a pessoa idosa não possui condições físicas e/ou cognitivas para relatar os fatos, ou ainda ter dificuldade em reconhecer a violência vinda de alguém em quem confia, como um familiar, exigindo maior sensibilidade e atenção dos profissionais envolvidos.

Importante: Quanto maior o grau de dependência e de comprometimento da autonomia da pessoa idosa, maior será o seu risco de sofrer violência.

4.4.4 O atendimento à pessoa idosa

De acordo com o Protocolo para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa Vítima de Violência (Brasil, 2017), durante o atendimento, o profissional deve:

- Estabelecer uma relação de confiança, mostrar empatia, mas não esquecer que a pessoa idosa não é criança, nem é seu familiar. Evitar dirigir-se a ele/a usando diminutivos ou chamando-o/a de vovô/vovó etc;

- Mostrar sensibilidade e disposição para ajudar e encontrar outros apoios profissionais, se for necessário;
- Conversar tranquilamente, sem pressa nem interrupções. Caso seja possível, entrevistar primeiro a pessoa idosa em local privado, sem a presença do cuidador;
- Ser específico, fazer perguntas diretas; falar olhando para a face para permitir que ele/a veja seu rosto, pois em caso de deficiência auditiva, isso facilitará a compreensão;
- Repetir suas respostas para que a pessoa idosa confirme a compreensão do profissional;
- Facilitar a fala livre e sem medo de represálias (garantir sigilo);
- Encorajá-lo(a) a tomar suas próprias decisões;
- Observar o seu comportamento (comunicação não verbal);
- Registrar os encaminhamentos realizados para outros setores da Saúde ou para outros serviços da Rede de Atenção e Proteção e deixar sempre explícito no campo das observações as informações que julgar relevantes ao processo de acompanhamento e seguimento do caso.

4.5 Homem

A OMS aponta que os padrões tradicionais de masculinidade incentivam comportamentos de risco, ausência de autocuidado e negligência em relação à saúde física e mental. Isso contribui para a diminuição da expectativa de vida dos homens e aumenta o risco de violência sistêmica envolvendo os próprios homens. Estudos de gênero indicam que a violência está presente na socialização masculina, o que os leva a estarem em situação de violência em todos os cursos de vida (WHO, 2007; Schraiber et al., 2005).

Homens negros, em muitos contextos, estão mais sujeitos a abordagens violentas por parte do Estado e a discriminações que podem culminar em atos de violência física ou simbólica. Da mesma

forma, homens periféricos estão mais vulneráveis a ambientes sociais marcados por múltiplas violências, o que pode aumentar sua exposição a situações de violência, tanto como vítimas quanto como perpetradores (Moura; Castro-Silva, 2017).

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem, a orientação sexual e a identidade de gênero também são marcadores essenciais na análise da violência. Homens que não se encaixam nas expectativas heteronormativas, como homossexuais ou homens trans, frequentemente enfrentam violência decorrente de preconceitos e estigmas sociais, que pode se manifestar de forma física, psicológica ou institucional (Brasil, 2008).

Ainda, de acordo com o Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (2025), homens que seguem religiões de matriz africana enfrentam altos índices de violência motivada por intolerância religiosa. Esses grupos sofrem não apenas violência física, mas também exclusão e discriminação institucional, o que os marginaliza ainda mais.

Jovens e adolescentes do sexo masculino constituem um grupo de risco significativo em relação à violência sexual, à exposição à violência armada e às múltiplas vulnerabilidades sociais, enfrentando frequentemente a realidade de viver em ambientes violentos, sendo afetados por conflitos armados em áreas urbanas, bem como pela precariedade das políticas públicas em alguns territórios. Paralelamente, homens idosos e homens com deficiência são mais suscetíveis à violência e exclusão de serviços básicos e essenciais (Souza, 2019).

Importante ressaltar que homens também podem ser vítimas de violência no contexto doméstico cometidos por parcerias ou outros membros adultos da família, o que torna fundamental a inclusão dos marcadores sociais na análise das violências sistêmicas que atingem os homens (Brasil, 2008).

4.5.1 Tipos de violência que acometem os homens:

Física: Agressões corporais, brigas de rua, violência policial e lesões decorrentes de conflitos interpessoais ou no ambiente de trabalho.

Psicológica: Humilhações, intimidações, ameaças e desqualificações que afetam a autoestima e a saúde mental.

Sexual: Ainda marcada por subnotificação devido ao estigma, envolve coerção, estupro e assédio.

Doméstica e familiar: Embora mais frequentemente associada às mulheres, homens também podem ser vítimas em relações conjugais, parentais ou entre irmãos.

Comunitária e urbana: Relacionada à criminalidade, tráfico de drogas, acidentes e homicídios — que acometem, sobretudo, homens jovens (Waiselfisz, 2015).

Institucional: Situações de abuso ou maus-tratos praticados por instituições de segurança, saúde ou justiça.

4.5.2 Como identificar situações suspeitas de violência contra homens?

A violência contra homens é um fenômeno complexo e multifacetado, frequentemente invisibilizado pelas construções sociais de gênero que associam o masculino à força e à invulnerabilidade. Essa invisibilidade pode contribuir para a subnotificação e para a baixa procura por serviços de saúde e apoio psicossocial (Minayo & Souza, 2019).

Homens em situação de violência podem apresentar alterações emocionais, como irritabilidade, ansiedade, tristeza e baixa autoestima; mudanças sociais, incluindo isolamento e dificuldade de manter vínculos; e sinais de sofrimento mental, como abuso de álcool e drogas, distúrbios do sono e ideação suicida. Também podem surgir quedas no desempenho profissional ou acadêmico, falta de concentração e absenteísmo. Por fim, há indícios físicos associados ao comportamento, como queixas de dores sem causa aparente, evitar mostrar o corpo e dar explicações inconsistentes para lesões (Brasil, 2016; Minayo & Souza, 2019).

4.5.3 O acolhimento do homem como possível vítima de violência

O atendimento aos homens em situação de violência deve pautar-se por princípios de integralidade, acolhimento e não discriminação. O primeiro passo consiste na escuta qualificada, reconhecendo a experiência de sofrimento e evitando estigmatização. A atenção deve articular o cuidado clínico e psicológico imediato, avaliação de riscos, registro e notificação compulsória nos casos previstos em lei, além do encaminhamento para a rede de proteção social, jurídica e comunitária (Brasil, 2016).

A APS tem papel estratégico na identificação, acolhimento e cuidado dos homens em situação de violência. Nesse contexto, é necessário a adoção de protocolos específicos para orientar os profissionais da saúde sobre como oferecer suporte adequado e promover ações intersetoriais que articulem saúde, assistência social e segurança pública. Além disso, estratégias de educação em saúde e campanhas de conscientização são fundamentais para reduzir a invisibilidade da violência contra homens e estimular a busca por apoio (Souza et al., 2020).

4.6 Populações vulneráveis

4.6.1 População em situação de rua

A violência contra pessoas em situação de rua é um problema complexo e multifacetado. A exposição constante a diversas formas de violência por esta população engloba inúmeras formas de agressões, sejam elas física, moral, sexual ou psicológica, dentre outras, que são muitas vezes naturalizadas pela sociedade e agravadas pela ausência de políticas públicas para garantia de direitos. A pessoa em situação de rua é recorrentemente responsabilizada pelo contexto em que se encontra e responsabilizada por outros problemas de ordem social, como aumento da criminalidade, degradação da cidade e violências. Essa condição corrobora a manutenção do preconceito e a naturalização das violências contra essas pessoas, perpetuando sua condição de vulnerabilidade, minando as possibilidades de inserção social e, conseqüentemente, perpetuando um ciclo de violência (AMORIM; NOBRE, 2018).

4.6.1.1 Tipos de violência contra a população em situação de rua:

A população em situação de rua (PSR) vive (e sobrevive) exposta às mais diversas configurações de violência devido à alta vulnerabilidade. Dentre elas, é possível citar: violência física, psicológica, sexual, patrimonial, institucional, negligência, e discriminação. Além dessas formas de violência, essa população ainda fica exposta a outros tipos mais amplos, como: exclusão econômica; problemas familiares, como vínculos enfraquecidos ou totalmente rompidos; falta de documentação; falta de acesso à justiça e racismo (BRASIL, 2023).

4.6.1.2 Como identificar situações suspeitas de violência contra a população em situação de rua?

Profissionais de saúde desempenham um papel crucial na identificação de pessoas vítimas de violência, incluindo aquelas em situação de rua. Na APS, as equipes de Consultório na Rua possuem maior acesso a essa população, mas a responsabilidade pelo cuidado integral e oportuno é de todo profissional do SUS. A identificação de situações de violência envolve a observação de sinais físicos ou comportamentais e a escuta atenta às histórias relatadas (BRASIL, 2006).

Sinais físicos: Lesões, hematomas, fraturas, queimaduras, ferimentos, sinais de contenção, entre outros (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017).

Sinais comportamentais: Medo, ansiedade, depressão, baixa autoestima, dificuldade de concentração, insônia, comportamentos evitativos, entre outros (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017).

Sinais relatados: Histórias de agressões físicas ou verbais, ameaças, controle excessivo, isolamento, entre outros (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017).

4.6.1.3 Acolhimento às pessoas em situação de rua, possíveis vítimas de violência

Quando se trata de PSR, a abordagem e o acolhimento são de fundamental importância para a produção do cuidado e identificação dos casos de violência, tendo em vista que esse grupo social é historicamente marcado por processos de exclusão, inclusive nos serviços de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2023). Considerando essa realidade, destacam-se abaixo pontos importantes a serem observados pelos profissionais de saúde que atendem essa população no acolhimento:

- Ter boa capacidade de estabelecer contatos e vínculos (BRASIL, 2006);
- Adequação da linguagem, utilizando discursos apropriados à realidade do usuário (BRASIL, 2006);
- Atuar sempre com disponibilidade para a escuta de forma ampliada e diferenciada (BRASIL, 2006);
- Evitar julgamentos, críticas e/ou opiniões sobre a situação de vida e de violência do usuário (BRASIL, 2006; BRASIL, 2023);
- Observar o “comportamento” do usuário e do grupo, objetivando a garantia da sua segurança e da equipe (BRASIL, 2006);
- Observar o relato verbal e a comunicação não verbal do usuário (BRASIL, 2006);
- Registrar o histórico do atendimento nos moldes da unidade de atendimento (BRASIL, 2006).

4.6.2 Imigrantes

A população imigrante e refugiada geralmente enfrenta violações de direitos humanos durante os deslocamentos entre países e nas travessias de fronteiras, estando mais vulnerável a insegurança alimentar, violência, exploração sexual, tráfico de pessoas, trabalho escravo e outras formas de vulnerabilidade social (HRW, 2010; IOM, 2021; MIGRATION POLICY INSTITUTE, 2022; HURIDOCS, 2024; BMC PUBLIC HEALTH, 2024).

Diante desse cenário, é fundamental que a população migrante receba informações claras sobre a legislação brasileira vigente, tanto nos casos de violência sexual, incluindo o direito ao atendimento em órgãos competentes, realização de exame de corpo de delito, acesso à profilaxia de ISTs, e possibilidade de aborto legal, quanto em situações de violência doméstica (Brasil, 1940).

Diversas instituições de apoio à população migrante atuam na orientação sobre os direitos garantidos por leis brasileiras, como a Lei

Maria da Penha (BRASIL, 2006), o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) e a Lei Menino Bernardo, que proíbe o uso de castigos físicos e tratamento cruel ou degradante contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2014).

Cabe aos profissionais de saúde informar os imigrantes e refugiados em situação de violência sobre o direito ao atendimento gratuito pelo SUS, nas UBS, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e nos serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). É igualmente importante orientá-los sobre a possibilidade de registrar denúncias e ocorrências em Delegacias, especialmente nos casos de violência doméstica, racismo ou xenofobia (BRASIL, 1988; BRASIL, 1989).

Por fim, recomenda-se que o(a) profissional responsável pelo preenchimento da ficha do SINAN esclareça à pessoa migrante ou refugiada sobre a autodeclaração do quesito raça/cor, o direito ao uso do nome social e a indicação da nacionalidade, de forma a garantir o adequado registro e respeito à identidade da pessoa atendida.

A Coordenação de Ações em Saúde para Populações em Situação de Vulnerabilidade (COASPSV/SAPV/SES-RJ), responsável pelo Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População Imigrante e Refugiada, (CTESIPIR-RJ), coloca-se à disposição para apoio com formações profissionais, materiais informativos e contato com intérpretes e tradutores (e-mail coaspsv.saude@gmail.com).

4.6.3 Pessoa com deficiência

A violência contra pessoas com deficiência (PCD) é frequentemente silenciada e invisibilizada pela sociedade, resultado de práticas capacitistas estruturais que reforçam a exclusão social e a vulnerabilidade dessa população frente a negligência, abusos e discriminações. Essa população está mais vulnerável a diversos tipos de violência em razão de fatores como dependência de cuidadores,

isolamento social, dificuldades de comunicação e ausência de políticas públicas eficazes (DINIZ, 2007).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2006), pessoas com deficiência têm um risco significativamente maior de sofrer violência física, sexual, psicológica e negligência em comparação com pessoas sem deficiência. No Brasil, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) reconhece esses direitos e prevê medidas de proteção, mas na prática ainda há muitas lacunas no enfrentamento desse tipo de violência.

4.6.3.1 Tipos de violência contra a pessoa com deficiência

Os tipos de violência mais comuns são (BRASIL, 2021):

Física: Agressões e maus-tratos;

Psicológica: Envolve humilhações, ameaças e isolamento;

Sexual: Que pode ser agravada pela dificuldade da vítima em denunciar;

Negligência: especialmente em contextos de cuidado domiciliar ou

institucional: quando há omissão de cuidados básicos;

Institucional: quando ocorrem abusos por parte de profissionais ou dentro de instituições que deveriam proteger essas pessoas.

4.6.3.2 Como identificar situações suspeitas de violência contra a pessoa com deficiência?

A identificação da violência requer atenção a sinais como mudanças no comportamento, medo excessivo de determinadas pessoas, ferimentos não explicados, regressão no desenvolvimento (no caso de crianças), entre outros. Além disso, o Estatuto da Pessoa com Deficiência reforça a necessidade de capacitação ética e técnica dos profissionais da saúde, educação e assistência social.

4.6.3.3 Acolhimento às pessoas com deficiência como possíveis vítimas de violência

O acolhimento à vítima deve ser pautado pelo diálogo e pela construção de vínculo de confiança, em um ambiente seguro, acessível e respeitoso. A escuta deve ser ativa e sensível, assegurando o protagonismo da pessoa com deficiência no relato de sua experiência e nas decisões sobre os encaminhamentos necessários (BRASIL, 2013). Além disso, é necessário o trabalho em rede com serviços como o CRAS e o CREAS, Delegacias Especializadas, Ministério Público e Defensorias.

Para Santos e Mendes (2020), “a prevenção e o enfrentamento da violência contra pessoas com deficiência devem ser intersetoriais, considerando as especificidades desse grupo e promovendo sua autonomia e dignidade”. Assim, combater a violência contra pessoas com deficiência não é apenas uma questão de segurança, mas também de garantia de direitos humanos fundamentais e promoção da inclusão social.

4.6.4 LGBTQIAPN+

A LGBTIfobia pode ser definida como o medo, a aversão, ou o ódio irracional a todas as pessoas que manifestem orientação sexual ou identidade/expressão de gênero diferente dos padrões heteronormativos, mesmo a pessoas que não são LGBTQIAPN+, mas são percebidas como tais. A LGBTIfobia, portanto, transcende a hostilidade e a violência e associa-se a pensamentos e estruturas hierarquizantes relativas a padrões relacionais e identitários de gênero, a um só tempo sexistas e heteronormativos. (JUNQUEIRA, 2007).

Consiste em um problema social e político dos mais graves, mas que varia de intensidade e frequência, de sociedade para sociedade. Tem sido um conceito guarda-chuva, utilizado para descrever um variado leque de fenômenos sociais relacionados ao preconceito, à

discriminação e à violência contra pessoas LGBTQIAPN+. Na maior parte das vezes, os fenômenos da intolerância, do preconceito e da discriminação em relação a gays (homofobia), lésbicas (lesbofobia), bissexuais (bifobia) e travestis e transexuais (transfobia) devem ser tratados não com terapia e antidepressivos, como no caso das demais fobias, mas sim com a punição legal e a educação (ABGLT, 2010).

Em suma, a discriminação é um comportamento de raiz preconceituosa com algo ou alguém. Já o preconceito é uma ideia preconcebida em relação a algo ou alguém, com base em estereótipos, podendo ou não se manifestar na forma de discriminação. O estereótipo é uma imagem fixa e preconcebida acerca de algo ou alguém.

Ao preencher a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, o profissional de saúde deve perguntar como a pessoa gostaria de ser chamada, respeitando sempre o nome social. O seguimento do atendimento deve ser articulado com a rede de cuidado através dos equipamentos do Programa Rio sem LGBTfobia, os Centros de Cidadania LGBTQIAPN+, da Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos/SEDSDH, que possui a equipe multidisciplinar (assistente social, psicólogo (a) e advogado (a)) preparados para acolher e orientar essa população.

5

OUTROS TIPOS DE VIOLÊNCIA DE RELEVÂNCIA CLÍNICA E SOCIAL



5.1 Violência sexual

A violência sexual é definida como qualquer ato sexual, tentativa de obter ato sexual, investidas sexuais indesejadas ou atos dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa, envolvendo coerção, ameaça, uso da força ou o aproveitamento de situações de vulnerabilidade (WHO, 2022). Trata-se de uma grave violação de direitos humanos, que provoca consequências físicas, psicológicas e sociais profundas e duradouras, afetando a saúde e o bem-estar das vítimas ao longo de toda a vida.

Nesse contexto, é fundamental reconhecer que a violência sexual não se restringe a episódios pontuais, mas reflete relações de poder historicamente construídas e naturalizadas, atravessando estruturas sociais, políticas e culturais que legitimam práticas de opressão e desigualdade. Esse fenômeno, tão antigo quanto à própria história da humanidade, foi culturalmente banalizado e naturalizado como expressão de desigualdades de gênero, fundadas na relação entre sistemas de dominação e produção de diferenças, sendo imposto especialmente às mulheres, crianças e adolescentes do sexo feminino, sem excluir, contudo, sua ocorrência entre pessoas do sexo masculino ou indivíduos idosos (Brasil, 2015). A complexidade dos impactos exige respostas intersetoriais integradas e humanizadas, com acolhimento, acompanhamento especializado e garantia de direitos, de modo a minimizar os danos imediatos e prevenir a revitimização.

O primeiro passo no combate à violência sexual é a capacidade de reconhecê-la. No entanto, a decisão de denunciar os agressores é algo profundamente pessoal e pode ser influenciado por uma série de fatores individuais, incluindo a busca por justiça, a confiança nas instituições de segurança pública e do sistema judicial, necessidade de proteção pessoal e disponibilidade de apoio social (Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2024).

O ordenamento jurídico brasileiro dispõe de dispositivos específicos para o enfrentamento dos crimes contra a dignidade sexual, destacando-se:

I. Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) - Estabelece normas para a prevenção, punição e erradicação da violência doméstica e familiar contra a mulher, definindo cinco formas de violência: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Dispõe sobre medidas protetivas de urgência, procedimentos processuais e a atuação articulada entre os órgãos do Sistema de Justiça e a rede intersetorial de atendimento (BRASIL, 2006).

II. Lei nº 12.015/2009 - Atualiza e consolida os tipos penais referentes à violência sexual previstos no Código Penal, contemplando, entre outros, os seguintes crimes (BRASIL, 2009; BRASIL, 1940):

- **Estupro** (art. 213) – Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar outro ato libidinoso. Pena: reclusão de 6 a 10 anos.
- **Estupro de vulnerável** (art. 217-A) – Ter conjunção carnal ou praticar ato libidinoso com menor de 14 anos ou pessoa incapaz de oferecer resistência. Pena: reclusão de 8 a 15 anos.
- **Assédio sexual** (art. 216-A) – Constranger alguém, visando obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente de sua posição de superior hierárquico ou ascendência decorrente do cargo. Pena: detenção de 1 a 2 anos.
- **Violação sexual mediante fraude** (art. 215) – Constranger alguém, mediante fraude, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso. Pena: reclusão de 2 a 6 anos.
- **Importunação sexual** (art. 215-A) – Praticar ato libidinoso contra alguém, sem consentimento, para satisfazer a própria lascívia ou a de terceiros. Pena: reclusão de 1 a 5 anos.

III. Lei nº 13.718/2018 - Introduziu alterações relevantes no Código Penal, ampliando a proteção às vítimas de crimes sexuais. Entre as principais mudanças (BRASIL, 2018; BRASIL, 1940):

- Criminalização da divulgação não autorizada de cenas de estupro, estupro coletivo ou abuso sexual. Pena: reclusão de 1 a 5 anos.
- Aumento das penas para crimes de violência sexual contra crianças e adolescentes.
- Tipificação autônoma dos crimes de importunação sexual e de registro não autorizado de conteúdo sexual, reforçando a responsabilização dos infratores.

Essas normas fortalecem o compromisso do sistema jurídico brasileiro no combate à violência sexual, visando assegurar a proteção integral das vítimas e a responsabilização rigorosa dos agressores.

5.1.1 Acolhimento da pessoa em situação de violência sexual

A Nota Técnica Conjunta nº 264/2024, elaborada pelo Ministério da Saúde por meio das Secretarias SAPS, SVSA e SAES, apresenta orientações aos gestores e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a implementação de ambientes privativos e acolhedores para o atendimento de mulheres em situação de violência, conforme disposto na Lei nº 14.847/2024, que altera a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). O documento enfatiza que o cuidado às pessoas em situação de violência deve ser integral, humanizado e intersetorial, garantindo sigilo, segurança e respeito à dignidade da pessoa atendida.

No que se refere à estrutura física da Sala Lilás, o documento orienta que o espaço seja reservado, acolhedor e seguro, garantindo privacidade e conforto tanto para a pessoa atendida quanto para a equipe de saúde. Recomenda-se que o ambiente disponha de iluminação adequada, ventilação, mobiliário confortável e materiais que assegurem o sigilo das informações, além de possibilitar a

realização de escuta qualificada e atendimento multiprofissional. A ambientação deve transmitir tranquilidade e respeito, contribuindo para a construção de um espaço de confiança e acolhimento às mulheres em situação de violência.

Além disso, a Nota Técnica reforça que a ausência de espaço físico específico não exige o serviço de realizar o acolhimento e o atendimento adequado, cabendo aos gestores organizar fluxos, capacitar equipes e monitorar a implementação das ações. A criação das chamadas “Salas Lilás” tem como objetivo fortalecer a rede de atenção e ampliar o acesso a um cuidado qualificado, articulando saúde, assistência social e segurança pública, em consonância com as diretrizes nacionais de enfrentamento das violências.

No que tange ao atendimento clínico, este deve incluir anamnese cuidadosa, exame físico completo, coleta e descrição de vestígios, quando pertinente, sempre com o Termo de Consentimento Informado assinado por responsável legal. Para pacientes do sexo masculino, o atendimento poderá ser realizado por pediatra ou clínico/cirurgião geral, com encaminhamento para profilaxia do HIV e outras ISTs, conforme protocolo. Para pacientes do sexo feminino, o atendimento pode ser feito por pediatra, clínico/cirurgião geral ou ginecologista, com inclusão da contracepção de emergência, se indicada.

É obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência à autoridade competente, incluindo o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e o envio de relatório ao Conselho Tutelar em situações que envolvam crianças e adolescentes (de 0 a 18 anos incompletos), conforme preveem o ECA (Lei nº 8.069/1990) e a Lei nº 13.431/2017. Além disso, a família ou responsável legal deverá ser orientado quanto à importância do registro da ocorrência e da continuidade do acompanhamento psicossocial da vítima.

5.1.2 Materiais e equipamentos

Os materiais necessários para o atendimento são, em sua maioria, os mesmos utilizados em contextos ambulatoriais de Ginecologia e Obstetrícia. Entre eles, incluem-se a maca clínica ou ginecológica, biombo, foco de luz, lençol, tubos para coleta de sangue e lâminas, espéculo e pinças. Quando possível, pode-se complementar com colposcópio e aparelho de ultrassonografia, especialmente em situações que demandam maior precisão diagnóstica.

Além desses, há materiais específicos para a coleta de vestígios e exame de lesões corporais, fundamentais em casos de violência sexual. Nessa categoria, estão incluídos régua para mensuração de lesões, requisições específicas, rascunhos de laudos, termo de exibição e cessão, swabs, tubos de sangue com e sem anticoagulante, frasco para coleta de urina, e envelopes de papel para o armazenamento de vestimentas e objetos pessoais (como papel higiênico, peças íntimas, absorventes, entre outros).

É também recomendado manter um livro de anotações exclusivo para o registro dos atendimentos relacionados à violência sexual, garantindo a organização e rastreabilidade das informações com responsabilidade e sigilo.

5.1.3 Cuidados à pessoa vítima de violência sexual

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Profilaxia Pós-Exposição ao Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais (Brasil, 2024), alguns cuidados às pessoas vítimas de violência sexual compreendem:

- Atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato.
- Providências policiais e judiciais cabíveis (entretanto, caso a vítima não as tome, não lhe pode ser negado atendimento).
- Anticoncepção de emergência e profilaxia das ISTs não virais e do

- HIV.
- Vacinação e imunoglobulina para o vírus da hepatite B (HBV).
- Vacinação para HPV, hepatite A, quando indicado.
- Realização de testagem rápida para HIV, sífilis, hepatites virais B e C ou coleta de material para avaliação do status sorológico, para seguimento e adoção de conduta específica.
- Teste para investigação de *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*.
- Agendamento de retomo para seguimento sorológico após 30 dias e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, quando indicado.

5.1.3.1 Tratamento preemptivo/Profilaxia das ISTs

Os médicos devem informar os/as pacientes sobre os benefícios e os possíveis efeitos adversos associados aos medicamentos. Podem ser associados antieméticos, principalmente se for feita a contracepção de emergência.

A PEP para prevenção da infecção pelo HIV é recomendada em todos os casos em que houver penetração vaginal e/ou anal, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido. Este atendimento deve ser considerado uma emergência médica e a profilaxia deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas, tendo como limite máximo 72 horas após a ocorrência da violência.

A avaliação do status sorológico e o aconselhamento para testagem da pessoa exposta devem ser realizados em situações de exposições consideradas de risco, preferencialmente com as metodologias de Teste Rápido, cujo resultado é obtido em torno de 20 minutos. Além disso, o status da pessoa fonte, sempre que possível,

deve ser conhecido. A PEP não é indicada quando a pessoa exposta já se encontra infectada pelo HIV (infecção prévia à exposição) ou quando a infecção pelo HIV pode ser descartada no agressor.

Quando indicado o esquema com os antirretrovirais (ARVs), ele deve ser mantido por 28 dias consecutivos, sem interrupção. A equipe deve reforçar a necessidade de adesão aos ARVs e encaminhar a vítima de violência para UAPS e/ou Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) em Pessoa Vivendo com HIV/Aids (PVHA), conforme organização da rede de saúde local, para realizar o seguimento clínico, conforme o protocolo da profilaxia pós exposição ao HIV.

Seguem abaixo os Quadros com as informações sobre apresentações e posologias dos medicamentos, de acordo com situações específicas:

Quadro 1 - Apresentações e posologias de antirretrovirais preferenciais para PEP

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir/lamivudina (TDF/3TC)	Comprimido coformulado (TDF 300mg / 3TC 300 mg) ou Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido Vo 1x/dia ou 1 comprimido TDF 300 mg VO 1x/dia 2 comprimidos 3TC 150 mg VO 1x ao dia
Dolutegravir (DTG)	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x/dia

Fonte: DATHI/SVSA/MS PCDT para Profilaxia Pós-Exposição ao Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, 2024.

Quadro 2 - Esquemas alternativos para PEP

Situação	Esquema alternativo
Impossibilidade de uso do tenofovir (TDF):	Zidovudina/lamivudina (AZT/3TC) + dolutegravir (DTG)
Impossibilidade de uso do dolutegravir (DTG):	Tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) + darunavir (DRV) + ritonavir (RTV)

Fonte: DATHI/SVSA/MS PCDT para Profilaxia Pós-Exposição ao Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais,

Quadro 3 - Apresentações e posologias de antirretrovirais alternativos para PEP

Medicamento	Apresentação	Posologia
Zidovudina/lamivudina (AZT/3TC)	Comprimido coformulado (AZT 300 mg / 3TC 150 mg)	1 comprimido VO 2x/dia
Tenofovir (TDF)	Comprimido 300 mg	1 comprimido VO 1x/dia
Darunavir + ritonavir (DRV + RTV)	Darunavir: comprimido 800 mg Ritonavir: comprimido 100 mg	1 comprimido VO 1x/dia 1 comprimido VO 1x/dia

Fonte: DATHI/SVSA/MS PCDT para Profilaxia Pós-Exposição ao Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, 2024.

Quadro 4- Esquema preferencial de ARV e medicamentos alternativos para PEP em gestantes

Esquema preferencial	Medicamentos alternativos
Tenofovir/lamivudina + dolutegravir (TDF/3TC + DTG)	<p>Impossibilidade de tenofovir: zidovudina (AZT) 300 mg / lamivudina (3TC) 150 mg, 1 comprimido VO 2x ao dia + dolutegravir (DTG) 50 mg 1 vez ao dia.</p> <p>Impossibilidade de dolutegravir: darunavir (DRV) 600 mg + ritonavir (RTV) 100 mg 2x ao dia.</p>

Fonte: DATHI/SVSA/MS PCDT para Profilaxia Pós-Exposição ao Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, 2024.

Quadro 5 - Apresentações e posologias de ARV preferenciais para PEP em gestantes

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir + lamivudina (TDF + 3TC)	<p>Comprimido coformulado (TDF 300 mg / 3TC 300 mg)</p> <p style="text-align: center;">ou</p> <p>Comprimido de tenofovir 300 mg</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Comprimido de lamivudina 150mg</p>	<p>Tomar 1 comprimido VO 1x/dia</p> <p style="text-align: center;">ou</p> <p>1 comprimido de tenofovir 300 mg VO 1x/dia</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>2 comprimidos de lamivudina 150 mg VO 1x/dia</p>
Dolutegravir (DTG)	Comprimido de 50 mg	Tomar 1 comprimido VO 1x/dia

Fonte: DATHI/SVSA/MS PCDT para Profilaxia Pós-Exposição ao Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, 2024.

Observação sobre o uso de darunavir 600 mg associado a ritonavir 100 mg em gestantes:

Para gestantes em que os 28 dias preconizados de uso da PEP se encontrem dentro do período gestacional e/ou próximos ao parto, recomenda-se, em caso de contraindicação ou intolerância ao dolutegravir, que este seja substituído por darunavir 600 mg associado a ritonavir 100 mg, ambos em duas administrações diárias até o parto. Após o parto, a substituição pela dose única diária (darunavir 800 mg) deve ser indicada quando não houver documentação prévia ou recente de mutações de resistência ao darunavir associado a ritonavir 100 mg, ambos uma vez ao dia.

Qualquer modificação ou substituição da apresentação do darunavir (de 600 mg para 800 mg) poderá ser realizada no parto ou cerca de três semanas após o parto, devido às modificações do metabolismo e ao volume de distribuição farmacológica desse medicamento no puerpério.

O esquema com tenofovir 300 mg/lamivudina 300 mg + dolutegravir 50 mg é o esquema preferencial para indicação de PEP em mulheres com intenção de engravidar ou gestantes, independentemente da idade gestacional.

Quadro 6 - Esquemas preferenciais e alternativos para PEP-HIV com duração de 4 semanas por faixa etária e peso

A. Peso igual ou maior que 3 kg; B. Peso igual ou maior que 35 kg; C. Peso igual ou maior que 20 kg; D. Peso maior ou igual a 15 kg

Faixa etária	Esquema preferencial	Medicamentos alternativos
0 a 4 semanas de vida	<p>Baixo risco de exposição ao HIV: zidovudina - em qualquer IG (em semanas).</p> <p>Alto risco de exposição ao HIV: zidovudina + lamivudina + raltegravir - (IG: 37 semanas ou mais).</p> <p>ou</p> <p>Zidovudina + lamivudina + nevirapina - (IG: 34 a 37 semanas)</p> <p>ou</p> <p>zidovudina - (IG: menos de 34 semanas)</p>	Zidovudina + lamivudina + nevirapina - (IG: 37 semanas ou mais)
Acima de 4 semanas de vida até 6 anos	Zidovudina + lamivudina + dolutegravir 5 mg ^A	<p>Impossibilidade de uso do dolutegravir: lopinavir/ritonavir</p> <p>ou</p> <p>darunavir^D/ritonavir</p>
6 a 12 anos	<p>Zidovudina + lamivudina + dolutegravir 50 mg^C</p> <p>ou</p> <p>Tenofovir^B + lamivudina + dolutegravir 50 mg^C</p>	<p>Impossibilidade do uso do dolutegravir: darunavir/ritonavir</p> <p>ou</p> <p>lopinavir/ritonavir</p>
12 anos ou mais	<p>zidovudina^B + lamivudina + dolutegravir 50 mg</p> <p>ou</p> <p>Zidovudina + lamivudina + dolutegravir 50 mg^C</p>	<p>Impossibilidade do uso de dolutegravir:</p> <p>darunavir/ritonavir</p>

Fonte: DATHI/SVSA/MS PCDT para Profilaxia Pós-Exposição ao Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, 2024

Observações:

- Dolutegravir 5 mg comprimido dispersível a partir do 2º mês de vida e peso igual ou superior a 3 kg.
- Dolutegravir 50 mg comprimido acima de 6 anos e com peso corporal superior a 20 kg.
- Darunavir para crianças maiores de 3 anos e com peso igual ou superior a 15 kg, que conseguem deglutir o comprimido.
- Tenofovir indicado com peso corporal a partir de 35 kg.
- Para maiores informações quanto às posologias por faixas etárias

recomenda-se consultar o PCDT de Manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes/2023 – Módulo 2 vigente 13, disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>.

- Considerar a classificação de risco de exposição ao HIV para definição de esquema na faixa etária de 0 a 4 semanas, conforme capítulo de “Profilaxia antirretroviral no recém-nascido exposto ao HIV” – “Diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao HIV” - PCDT de Manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes - Módulo 1 vigente, disponível em: <https://www.gov.br/aids/ptbr/central-de-conteudo/pcdts>.

Caso seja feita a opção por medicamentos orais, recomenda-se realizar a profilaxia para as ISTs em, no máximo, duas semanas após a violência sexual.

Quadro 7- Tratamento para profilaxia das ISTs em situação de violência sexual

IST	Medicamento	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo)	50.000UI/kg, IM, (dose máxima total: 2,4 milhões UI).
Infecção por <i>N. gonorrhoeae</i> e <i>C. trachomatis</i>	Ceftriaxona + Azitromicina	Ceftriaxona 500 mg, 1 frasco-ampola, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos de 250 mg, VO, dose única (Dose total: 1 g)	Ceftriaxona 125 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 20 mg/kg, VO, dose única (Dose máxima total: 1 g)
Tricomoníase	Metronidazol a, c	400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (Dose total: 2g). ou 250 mg, 8 comprimidos VO, dose única (Dose total: 2g)	15 mg/kg/dia, divididos a cada 8 horas, por 7 dias (Dose diária máxima: 2g).

Fonte: DATHI/SVSA/MS PCDT para Profilaxia Pós-Exposição ao Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, 2024

a Como profilaxia e em caso de sífilis recente, deve ser prescrito em dose única. b Não deve ser prescrito no primeiro trimestre de gestação. c Seu uso deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de urgência ou ARV.

Os medicamentos ficam sob a responsabilidade do Serviço de Farmácia, sendo distribuídos para a Enfermagem mediante prescrição médica, que deve ser realizada conforme avaliação do tipo de violência e do grau de exposição a que foi submetida a vítima, em consonância com os critérios estabelecidos na Norma sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Quadro 8 - Orientação do fornecimento dos medicamentos para profilaxia

Medicação	Orientações
Levonorgestrel 0,75mg (anticoncepcional de emergência)	Deve ser solicitado trimestralmente por meio de preenchimento do Mapa de Controle de Estoque, que deve ser enviado à Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos pelo e-mail: gestao.farmacia@saude.rj.gov.br
Profilaxia contra IST não virais	Os itens destinados à profilaxia contra ISTs não virais são padronizados no elenco de medicamentos e soluções hospitalares padronizados para as unidades próprias da SES-RJ.
Profilaxia contra HIV (antiretrovirais)	Deve ser solicitado à Gerência de IST/Aids e Hepatites Virais à qual a unidade esteja vinculada (estadual ou municipal)

5.1.3.2 Imunoprofilaxia para hepatite B

As vítimas de violência sexual que foram imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB); as vítimas não imunizadas, ou que desconhecem seu status vacinal, devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, considerando o intervalo de um e seis meses, e nesse caso está indicado o uso da IGHAB que deve ser administrada o mais rápido possível, até no máximo 14 dias após a exposição (ver quadro 9 abaixo).

Quadro 9 - Imunoprofilaxia contra a hepatite B

Vacina anti-hepatite B	Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B
Aplicar por via Intramuscular (IM) em deltóide 0, 1 e 6 meses após a violência sexual	0,06ml/kg Aplicar por via Intramuscular (IM) em glúteo Dose única

Quadro 10 - Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)

CRIE do Hospital Municipal Rocha Maia	Rua General Severiano, 91, Botafogo, RJ Telefone: (21) 2275-6531 (ramal 203) E-mail: criesmsdc@gmail.com
CRIE do INI/Fiocruz	Av Brasil, 4365, Manguinhos, RJ Telefone: (21) 3865-9124 / 2865-9125
CRIE de Campos dos Goytacazes	Rua Gil Góis, 157, Centro, Campos dos Goytacazes Telefone: (22) 2726-1378 / 2722-0805 / 2726-1350 (ramal 1306)
CRIE de Itaperuna Posto de Saúde Raul Travassos	Rua 10 de Maio, 892, Centro, Itaperuna Telefone: (22) 3822-1950 / 3822-0192

5.1.3.3 Contracepção de emergência

O método mais adequado para a anticoncepção de emergência consiste na utilização de levonorgestrel, em função de evidentes vantagens sobre o método de Yuzpe (uso de hormônios combinados), como efeitos colaterais sensivelmente reduzidos, menor interação com outros medicamentos e maior efetividade.

O Quadro 11, a baixo, descreve a apresentação e o esquema de administração da anticoncepção de emergência.

Quadro 11 - Apresentação e posologia do levonorgestrel

Apresentação	Posologia
Comprimidos de 0,75 mg (cartela com 2 comprimidos) e 1,5 mg de levonorgestrel (cartela com 1 comprimido)	1a opção - 1 comprimido de 1,5 mg VO ou 2 comprimidos de 0,75 mg, dose única, até 5 dias após a relação sexual
	2a opção - 1 comprimido de 0,75 mg VO de 12/12 horas, totalizando 2 comprimidos, até 5 dias após a relação sexual

Fonte: DATHI/SVSA/MS.

A eficácia é sempre maior quanto mais próximo da relação a anticoncepção de emergência for utilizada.

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), a anticoncepção de emergência deve ser indicada para todas as mulheres e adolescentes em risco de gravidez decorrente de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente da fase do ciclo menstrual, desde que já tenham iniciado a menstruação e ainda não estejam na menopausa. Ressalta-se que seu uso é dispensável quando a vítima já utiliza regularmente métodos anticonceptivos de alta eficácia, como contraceptivos orais ou injetáveis, esterilização cirúrgica ou dispositivo intrauterino. Além disso, o método só se aplica em situações de ejaculação vaginal, não sendo necessário em casos de coito anal ou oral. A anticoncepção hormonal é considerada a alternativa de eleição por apresentar baixo custo, elevada eficácia e boa tolerabilidade.

É essencial que mulheres em idade fértil tenham acesso e façam uso regular de métodos contraceptivos eficazes, de modo a estarem protegidas previamente a qualquer situação de violência sexual. Essa prática preventiva representa uma forma de reduzir os riscos de gravidez indesejada decorrente da agressão, fortalecendo a autonomia reprodutiva e promovendo maior segurança física e emocional. Garantir essa proteção antecipada constitui uma estratégia de cuidado integral, alinhada à promoção da saúde e à prevenção de danos à mulher.

A anticoncepção de emergência pode ser utilizada com segurança por mulheres e adolescentes, inclusive naquelas que apresentam contraindicações ao uso de anticoncepcionais orais combinados. A única contraindicação absoluta, classificada pela Organização Mundial da Saúde como categoria 4, é a gravidez confirmada. Situações como histórico de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares enquadram-se na categoria 2, que recomenda precauções apenas para o método de Yuzpe, sendo, nesses casos, indicado o uso do levonorgestrel. A segurança da anticoncepção de emergência decorre do curto tempo de utilização e da baixa dose hormonal administrada, considerada dentro de limites farmacológicos aceitáveis, com risco reduzido de eventos graves, como tromboembolismo e acidente vascular, inferior ao observado em usuárias de anticoncepcionais orais combinados (BRASIL, 2015).

5.1.4 Coleta de material biológico

A coleta de material biológico, incluindo a amostra de referência da vítima e os vestígios, bem como os procedimentos de secagem, acondicionamento, armazenamento e transporte, devem obedecer às diretrizes estabelecidas na Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). É imprescindível que a pessoa em situação de violência sexual, seu familiar ou responsável legal manifeste concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme modelo disponibilizado no Anexo A da referida norma, antes da realização da coleta. Ressalta-se que a obtenção de vestígios biológicos deve ocorrer preferencialmente nas primeiras horas após a ocorrência da violência, tendo em vista que a probabilidade de coleta de material em quantidade e qualidade adequadas diminui progressivamente, apresentando redução

significativa após 72 horas do evento (BRASIL, 2015). O armazenamento do material coletado deve observar rigorosos mecanismos de segurança, incluindo o controle de acesso à sala específica, que deve permanecer trancada, assegurando que todos os materiais estejam devidamente embalados, lacrados e protegidos contra adulterações, sendo de responsabilidade exclusiva de pessoal autorizado (BRASIL, 2015).

5.1.5 Alternativas legais frente à gravidez decorrente de violência sexual

De acordo com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (Ministério da Saúde, 2012), dentre as consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. A gestação em tais circunstâncias pode ser encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres. Nessas situações, a Norma Técnica prevê que a mulher ou a adolescente e seus representantes legais devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde.

Caso a mulher opte por levar a gestação a termo, é fundamental que receba informações completas e precisas sobre as alternativas disponíveis após o nascimento da criança. Entre essas alternativas, incluem-se a possibilidade de permanecer com a criança ou recorrer aos mecanismos legais de entrega voluntária para adoção, conforme preconiza o Ministério da Saúde (2011).

Por outro lado, caso a opção seja pela interrupção da gestação, é direito da mulher — ou da adolescente e seus representantes legais — receber orientações claras sobre o procedimento, bem como sobre os serviços disponíveis para sua realização. De acordo com o artigo 128, inciso II, do Código Penal brasileiro, o abortamento é permitido quando a gravidez é resultante de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual.

5.1.5.1 Protocolo de adoção para mulheres que não desejam ficar com a criança

No Brasil, o direito da mulher de entregar voluntariamente o filho para adoção é garantido por lei e deve ser tratado com sigilo, acolhimento e respeito. Esse processo é regulamentado pelo ECA, especialmente nos artigos 13 ao 19-B. Para além de motivações de natureza pessoal e social, a entrega para adoção é uma possibilidade para os casos de gravidez indesejada oriunda de violência sexual, devendo fazer parte do rol de possibilidades a ser ofertada para as mulheres nessas condições.

A seguir, estão os principais passos desse protocolo:

I. Decisão consciente e acolhimento

Se uma gestante ou puérpera (mulher que acabou de dar à luz) manifesta o desejo de não permanecer com a criança, ela deve ser orientada a procurar a Vara da Infância e da Juventude de sua cidade ou ser encaminhada pela maternidade. O objetivo é garantir que a decisão seja voluntária, consciente e sem pressões externas.

II. Encaminhamento à Justiça

A equipe da maternidade, ao ser comunicada sobre a decisão da mulher, deve informar o Conselho Tutelar ou o Ministério Público. A mãe será, então, ouvida por uma equipe interdisciplinar do Judiciário (psicólogos, assistentes sociais, etc.), que vai assegurar que ela entenda as consequências legais da entrega.

III. Garantia de sigilo e proteção

O processo de entrega é sigiloso. A mãe biológica pode optar por não ter contato com a família adotiva e, inclusive, por manter o nascimento da criança em sigilo para terceiros. Os dados ficam protegidos judicialmente.

IV. Manifestação formal da vontade

A mulher deve formalizar a sua decisão de entregar o bebê à adoção perante o juiz, preferencialmente ainda durante a gestação ou até poucos

dias após o parto. Ela tem direito a um prazo de reflexão de até 10 dias, caso deseje.

V. Destino da criança

A criança será encaminhada provisoriamente a um abrigo ou lar provisório cadastrado até que esteja apta para adoção, o que pode ocorrer de forma rápida, especialmente se já houver pretendentes no Cadastro Nacional de Adoção (CNA).

VI. Cadastro Nacional de Adoção

A adoção será feita por meio do CNA, respeitando a ordem de inscrição dos pretendentes e os perfis indicados por eles. Casos excepcionais, como adoção direta (com vínculos afetivos anteriores), precisam de avaliação judicial.

O respeito à adoção desse protocolo garante que tanto a mãe biológica quanto a criança sejam protegidas e amparadas. Ele evita abandonos irregulares e assegura que o processo ocorra de maneira legal, ética e segura.

5.1.5.2 Interrupção Gestacional Prevista em LEI

O aborto previsto em lei deve ser assegurado em três situações específicas:

- gravidez resultante de violência sexual;
- gravidez que represente risco à vida ou à saúde da gestante;
- gestação diagnosticada com anencefalia fetal (BRASIL, 1940; BRASIL, 2012).

Os serviços de aborto legal correspondem a unidades da rede pública de saúde responsáveis por garantir o direito das mulheres à interrupção da gestação nos casos previstos em lei.

A condição de unidade de referência é atribuída às instituições de saúde que cumprem as normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Para isso, exige-se a adesão da direção da unidade ao processo de cadastro no SCNES. Todavia, a ausência desse cadastro não exime a unidade de realizar o aborto legal, uma vez que se trata de um direito garantido em lei e de oferta obrigatória no âmbito do SUS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012; BRASIL, 2022).

O atendimento deve ser preferencialmente disponibilizado em hospitais com maternidade, considerando que esses estabelecimentos dispõem de estrutura mais adequada para assegurar a integralidade e a segurança do cuidado (BRASIL, 2012; BRASIL, 2022).

5.1.5.2.1 Procedimentos

A oferta do atendimento à interrupção da gravidez prevista em lei no âmbito do SUS está prevista nos seguintes dispositivos:

- Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2005
- Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual : perguntas e respostas para profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2011);
- Lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;
- NOTA TÉCNICA CONJUNTA N. 01. NG/NDH/PROSUS/PROREG/MPDFT e NUDEM/DPDF 01/09/2020 - 1º OF-NDH: Orientações para a rede de atendimento sobre o dever de notificação compulsória e comunicação externa nos casos de suspeita de violência contra a mulher, conforme previsão da Lei 13.931/2019, que alterou a Lei 10.778/2003 e Portaria 2.282/2020, do Ministério da Saúde.

A mulher com uma gravidez resultante de estupro não é obrigada a apresentar o Boletim de Ocorrência para sua submissão ao procedimento de interrupção da gravidez no âmbito do SUS.

Faz-se necessário, contudo, o preenchimento de alguns documentos que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez. São eles:

- Termo de Relato Circunstanciado - que deve ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, por seu representante legal, bem como por dois profissionais de saúde do serviço;
- Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez - emitido pela equipe multidisciplinar (composta por médico obstetra, enfermeiro, assistente social e psicólogo);
- Termo de Responsabilidade - que deve ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, pelo seu representante legal. Esse termo contém advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - que obedece aos seguintes requisitos:
 - I. O esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre: a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde; b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica; c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis; d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial;
 - II. Deve ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica pela gestante ou, se for incapaz, por seu representante legal;
 - III. Deve conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez

Esses documentos devem ser assinados pela gestante, ou, se for incapaz, por seu representante legal. São elaborados em duas vias: uma fornecida para a gestante e outra anexada ao prontuário da paciente.

5.1.5.2.2 Aspectos legais envolvidos no atendimento

Nem o Código Penal e nem as Normas Técnicas condicionam a realização do aborto legal à apresentação do Boletim de Ocorrência. O único documento exigido é o consentimento da mulher.

Não cabe ao profissional de saúde duvidar da palavra da mulher.

O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Assim, segundo a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual, os profissionais de saúde devem orientar a mulher vítima de violência a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento (Ministério da Saúde, 2011).

Caso revele-se, após o abortamento, que a gravidez não foi resultado de violência sexual, o Código Penal brasileiro, artigo 20, § 1º, isenta o profissional de saúde de responsabilização pelo ato. De forma, se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação de violência sexual, somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente pelo crime de aborto (Ministério da Saúde, 2011).

A Norma Técnica também aborda a questão da objeção de consciência, reconhecendo-a como um direito individual do(a) médico(a) de se recusar a realizar o abortamento em casos de gravidez resultante de violência sexual, por razões éticas, morais ou religiosas. Nesses casos, é dever do(a)

profissional informar à mulher sobre seus direitos e garantir que outro(a) médico(a) da mesma instituição ou de outro serviço realize o procedimento (Ministério da Saúde, 2011). Assim, esse recurso não pode ser alegado pela direção da unidade, que, como representante do Estado, tem a obrigação de assegurar o atendimento à usuária. Ademais, a objeção de consciência não se aplica em situações de urgência, risco de vida, ausência de outro(a) profissional ou no atendimento de complicações decorrentes de abortamento inseguro. Nessas circunstâncias, a recusa em prestar atendimento pode configurar omissão, passível de responsabilização civil e criminal. Portanto, é dever das instituições e dos profissionais garantir o acesso ao abortamento legal, sem atrasos, omissões ou condutas que comprometam a saúde e os direitos das mulheres.

5.2 Violência por questões raciais

A complexidade da questão racial no Brasil passa por uma história de séculos de violências, naturalizações e silenciamentos. A forma de organização social, da justiça e até mesmo do estado, estruturou uma sociedade de classes baseada em classificações que se dão pela cor da pele associada a formas sociais que pretendem impor a negação de pertencimento racial ou de origem e ancestralidade. Além disso, o racismo estrutural é perpetuado por processos de silêncio, silenciamento e cumplicidade, que dificultam a denúncia e a responsabilização dos agressores (MENEZES, 2023).

Esses mecanismos sociais contribuem para a manutenção das desigualdades raciais e para a marginalização das vítimas, especialmente em contextos institucionais como escolas e unidades de saúde (GALONI; SILVA; OLIVEIRA; PEIXOTO, 2022). A violência dos

castigos físicos, do estupro, da negação de direitos ou até mesmo de humanidade, aplicados às pessoas negras, nos constituíram como país e ainda estão presentes nos atos cotidianos de forma naturalizada. E por ser tomada como natural, atua de forma silenciosa.

Diversas legislações hoje apontam para a necessidade de entender a gravidade das violências raciais. Homicídios, suicídios, feminicídios, crimes contra pessoas LGBT, são apenas alguns dos temas relacionados à violência que são fortemente atravessados por questões raciais.

Assim é necessária a devida coleta da informação raça-cor nas fichas de notificação de violência, dado que é um elemento essencial de compreensão do fenômeno das violências em nosso país, inclusive indicador pactuado no ERJ desde 2020 no âmbito da Vigilância em Saúde. A relevância deste indicador se dá porque ele visa dar ênfase à questão da equidade no acesso à saúde, em conformidade com os princípios basilares do SUS, possibilitando assim, a identificação das populações mais vulneráveis às situações de violência e orientando intervenções específicas.

5.3 Violência psicológica

A violência psicológica, embora frequentemente invisibilizada, representa uma forma grave de agressão que compromete significativamente a saúde mental e emocional da vítima. Trata-se de um fenômeno complexo, caracterizado por ações que buscam controlar, manipular, humilhar ou isolar o indivíduo. Segundo a Secretaria da Saúde do Paraná (2023), essa modalidade de violência consiste em “qualquer ato que provoque desrespeito, discriminação, prejuízo emocional e diminuição da autoestima”, podendo incluir também o controle excessivo sobre aspectos da vida da vítima, como a forma de se vestir, falar ou se relacionar, sob o disfarce de cuidado

ou preocupação. Tal conduta estabelece uma codependência psíquica, tornando a pessoa vulnerável e afastando-a do convívio com amigos e familiares.

Esse tipo de violência pode se manifestar de diversas formas, como insultos, ameaças, isolamento social, manipulação emocional e desqualificação constante. Segundo o Artigo 5º da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), a violência psicológica está entre as formas de violência doméstica e familiar, e sua gravidade é reconhecida tanto no âmbito legal quanto nos sistemas de saúde e assistência social. A referida lei define a violência psicológica como "qualquer conduta que cause dano emocional, diminuição da autoestima, que prejudique o desenvolvimento da vítima, ou que busque controlar suas ações, crenças e decisões".

A violência psicológica também é associada ao ciclo de violência, onde o agressor alterna entre fases de tensão, agressão e arrependimento, criando um ambiente de confusão e insegurança emocional para a vítima. É uma forma insidiosa de abuso que pode deixar cicatrizes invisíveis, mas extremamente prejudiciais. Reconhecer seus sinais e entender seus impactos são passos fundamentais para oferecer apoio adequado às vítimas e para promover sua recuperação.

A legislação brasileira, especialmente com a Lei Maria da Penha, busca garantir que as vítimas de violência psicológica recebam a proteção e os cuidados necessários, e é papel de todos os profissionais da saúde e da rede de apoio estarem atentos aos sinais desse tipo de violência, oferecendo intervenções eficazes e acolhedoras.

A conscientização sobre os efeitos da violência psicológica e a implementação de políticas públicas de apoio e capacitação contínua são essenciais para reduzir a prevalência deste grave problema social.

5.4 Violência autoprovocada

A autolesão sem intenção suicida (ASIS) e o suicídio são fenômenos complexos e multideterminados, resultantes de uma interação complexa entre fatores biológicos, ambientais, psicológicos e sociais. A principal diferença entre o suicídio e a ASIS está na intenção de morrer. Como a avaliação dessa intenção depende do relato da própria pessoa, considera-se que qualquer comportamento em que haja intenção de morrer deve ser classificado como suicídio (BRASIL,2024).

Trata-se de um comportamento em que o indivíduo inflige dano ao próprio corpo como uma forma de lidar com sofrimento emocional intenso. Embora esse tipo de violência não envolva um agressor externo, seus impactos psicológicos e físicos podem ser tão graves quanto outras formas de violência. A CID-10 categoriza a autolesão como um transtorno de comportamento, frequentemente associado a questões como depressão, ansiedade, transtornos de personalidade e transtornos alimentares.

Segundo a OMS (2014), o suicídio figura entre as dez principais causas de morte no mundo e é a segunda entre jovens de 15 a 29 anos. O Brasil ocupa a oitava posição em número absoluto de suicídios.

Observa-se ainda que os homens apresentam taxas de óbito por suicídio três a quatro vezes maiores que as mulheres, enquanto estas realizam três a quatro vezes mais tentativas de suicídio.

A violência autoprovocada é um reflexo de uma tentativa do indivíduo de lidar com emoções difíceis, como tristeza extrema, angústia ou raiva. Essas manifestações, no entanto, são um mecanismo disfuncional de coping (enfrentamento), que, em vez de aliviar o sofrimento, tende a intensificá-lo, criando um ciclo de dor física e emocional.

A automutilação e o suicídio ainda são temas cercados de tabu, de modo que sua discussão deve ocorrer com cautela, seguindo critérios técnicos voltados à prevenção e evitando qualquer forma de indução. Ressalta-se que a divulgação sensacionalista, especialmente pela mídia, é considerada prejudicial, pois pode favorecer o efeito de contágio e aumentar a ocorrência desses casos.(BRASIL,2024)

A Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio publicada pelo Ministério da Saúde define algumas orientações que podem pautar a abordagem sobre o suicídio, sintetizada no quadro a seguir:

Quadro 12 - Orientações para Abordagem do Suicídio e Automutilação

Aspecto	Orientação
Abordagem	Tratar como problema de saúde pública e de forma direta, sem dramatização.
Linguagem	Evitar termos sensacionalistas, heroicos ou que enalteçam o ato.
Termos Adequados	Usar 'morreu por suicídio' ou 'suicídio consumado' em vez de 'suicídio bem-sucedido' ou 'tentativa falha'.
Generalizações	Não rotular pessoas como 'os suicidas'.
Sensibilidade	Falar com cuidado, ajudando a processar sentimentos e buscar apoio.
Identificação	Incentivar a reconhecer sinais de risco em si ou em outros.
Tratamento	Estimular a procura por ajuda profissional.
Vulnerabilidade	Observar fatores de risco e sinais de alerta.
Escuta	Oferecer acolhimento sem julgamentos.
Apoio	Ajudar a pessoa a buscar suporte adequado.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais de saúde.*

A violência autoprovocada, incluindo a automutilação e o suicídio, constitui um problema complexo de saúde pública que exige atenção, sensibilidade e abordagens responsáveis por parte de profissionais e educadores. É fundamental compreender os sinais de risco, oferecer escuta empática, evitar sensacionalismo e incentivar a procura por apoio especializado. Para aprofundar o conhecimento sobre estratégias de prevenção e manejo desses comportamentos, recomenda-se consultar a Cartilha para Prevenção da Automutilação e do Suicídio: orientações para educadores e profissionais de saúde, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, que traz diretrizes detalhadas e práticas para a abordagem adequada do tema.

5.5 Violência nas redes sociais

A violência nas redes sociais tornou-se um fenômeno cada vez mais evidente na sociedade contemporânea, refletindo e potencializando conflitos já presentes no cotidiano. O espaço virtual, que deveria ser um ambiente de interação, aprendizado e troca de experiências, muitas vezes é utilizado para a prática de discursos de ódio, intimidações e ataques direcionados a indivíduos ou grupos. Esse tipo de violência não se limita ao espaço digital, pois gera impactos emocionais, sociais e até mesmo físicos, especialmente entre os mais jovens. Diante desse cenário, torna-se fundamental discutir formas de prevenção, conscientização e responsabilização, a fim de promover um uso mais seguro e saudável das plataformas online.

A violência nas redes é uma forma de violência sistemática que se configura como uma questão social, inclusive de saúde pública devido ao grande potencial de dano psicológico, envolvendo vários ciclos de vida, acometendo principalmente crianças e adolescentes (Sá, et al., 2023).

Esse tema tem sido cada vez mais discutido na área da saúde, por apresentar desfechos deletérios tanto para as vítimas quanto para os agressores, destacando-se repercussões diretamente relacionadas a psicopatologias, como insônia, depressão, ansiedade, redução de apetite, baixo rendimento escolar, ideação suicida e uso de drogas (Sá et al., 2023; Ferreira et al., 2018).

Estudos evidenciam a crescente vulnerabilidade de crianças e adolescentes frente à violência virtual. Dados apontam que entre 10% e 40% desse público já foi exposto a conteúdos sensíveis relacionados a suicídio, uso de drogas, violência e nudez (UNICEF, 2020). Além disso, no Brasil, apenas no ano de 2021, foram registrados mais de 88,5 bilhões de ataques cibernéticos, representando um aumento de 950% em relação a 2020 (Sá et al., 2023). Esse cenário reflete também no avanço dos casos de cyberbullying: em 2024, foram contabilizados 452 registros criminais dessa natureza, sendo 41,2% das vítimas crianças de 10 a 13 anos e 57,7% adolescentes entre 14 e 17 anos (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2025). Esses indicadores reforçam a necessidade de análises críticas e do desenvolvimento de políticas públicas eficazes voltadas à prevenção e ao enfrentamento da violência digital.

Diferentemente do bullying presencial, o cyberbullying pode ocorrer a qualquer momento e sem limitação de espaço físico (Ferreira et al., 2018). Assumindo diferentes formas, desde ofensas verbais até ameaças físicas, ocorre por meio da exposição a conteúdos sensíveis difundidos através de meios eletrônicos, como mensagens de texto, fotos, áudios ou vídeos propagados em redes sociais, aplicativos de mensagens ou jogos online (SÁ et al., 2023). Geralmente está relacionada a discursos de ódio, cujo objetivo principal é ofender características do outro, com teor discriminatório (Silva et al., 2021).

Do ponto de vista jurídico, a violência nas redes sociais pode ser caracterizada como um crime, por envolver difamação, calúnia, ameaças e até mesmo incitação à violência. O Código Penal Brasileiro prevê punições para aqueles que praticam crimes virtuais, porém existem dois obstáculos principais: a legislação específica ainda é escassa e a identificação dos agressores se torna difícil devido ao uso de perfis falsos que escondem a verdadeira identidade (Sá, et al., 2023).

Algumas das leis relacionadas à violência nas redes sociais:

Lei Carolina Dieckmann (Art. 154): Invadir dispositivo informático alheio,

conectado ou não à rede de computadores, mediante violação indevida de mecanismo de segurança e com o fim de obter, adulterar ou destruir dados ou informações sem autorização expressa ou tácita do titular do dispositivo ou instalar vulnerabilidades para obter vantagem ilícita que criminaliza a invasão de dispositivos eletrônicos e a divulgação não autorizada de informações pessoais (Lei N° 12.737, de 30 de novembro de 2012).

Lei do Marco Civil da Internet: Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da internet no Brasil e determina as diretrizes para atuação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em relação à matéria (Lei N° 12.965, de 23 de abril de 2014).

Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying): Existe intimidação sistemática na rede mundial de computadores (cyberbullying), quando se usarem os instrumentos que lhe são próprios para depreciar, incitar a violência, adulterar fotos e dados pessoais com o intuito de criar meios de constrangimento psicossocial (Lei N° 13.185, de 6 de novembro de 2015).

Prevenir a violência digital exige ações articuladas em diferentes setores da sociedade. Nas escolas, por exemplo, programas de educação digital e para o uso responsável da internet podem ajudar os estudantes a refletirem sobre os conteúdos que consomem e compartilham. Na área da saúde, é importante fortalecer redes de apoio psicossocial, capazes de identificar sinais de sofrimento emocional relacionados à violência online.

Políticas públicas também desempenham papel essencial, por meio da criação de mecanismos legais e tecnológicos que garantam a segurança nas plataformas e responsabilizem tanto agressores quanto empresas. Além disso, a participação das famílias é decisiva: o diálogo aberto e a supervisão adequada do uso da internet funcionam como barreiras protetoras para crianças e adolescentes.

A crescente incidência da violência nas redes sociais evidencia impactos diretos sobre a saúde mental e o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Os dados discutidos demonstram a complexidade desse

fenômeno e reforçam a necessidade de respostas integradas e contínuas. Nesse sentido, a articulação entre políticas públicas, instituições sociais, famílias e plataformas digitais surge como caminho fundamental para construir um ambiente virtual mais seguro, capaz de reduzir vulnerabilidades e promover o bem-estar dos usuários. Vale destacar que, no contexto brasileiro, essa realidade exige atenção especial, considerando a rápida expansão do acesso às redes por crianças e adolescentes.

5.6 O papel da saúde bucal no enfrentamento às violências

A violência, em suas múltiplas formas, é um grave problema de saúde pública que deixa marcas físicas, emocionais e sociais profundas nas pessoas e comunidades. No campo da saúde bucal, o papel das equipes de saúde bucal ganha especial relevância, pois a região da boca e do rosto é frequentemente uma das áreas mais atingidas em situações de agressão, deixando marcas visíveis, além de refletir sinais de negligência, abandono ou abuso. Reconhecer essas manifestações e agir de forma acolhedora e integrada com a rede de proteção é parte essencial da missão dos profissionais do SUS (Brasil, 2024).

A violência pode assumir diferentes expressões. A violência física manifesta-se por meio de agressões que deixam marcas no corpo, como fraturas, hematomas, cortes e lesões orofaciais, frequentemente visíveis durante o atendimento odontológico. A violência psicológica, embora nem sempre visível, causa impactos significativos na saúde mental, levando a sintomas como depressão, ansiedade, baixa autoestima e dificuldades de autocuidado, inclusive na manutenção da higiene oral. A violência sexual, além de provocar traumas físicos e emocionais, pode gerar sentimento de culpa e vergonha que afastam a vítima dos serviços de saúde. A violência patrimonial e financeira, comum contra idosos e mulheres, compromete o acesso a recursos básicos para alimentação, moradia e cuidados de saúde, repercutindo diretamente no estado

nutricional e bucal. Já a negligência ou abandono aparece especialmente entre crianças, pessoas com deficiência e idosos, e pode ser percebida em sinais como cáries extensas não tratadas, desnutrição, infecções bucais, ausência de higiene e próteses mal adaptadas (Brasil, 2024).

Esses diferentes tipos de violência impactam a saúde de forma ampla.

No campo físico, podem resultar em dor crônica, incapacidade funcional, alterações na mastigação, distúrbios de fala e problemas estéticos que comprometem a qualidade de vida. No campo psicológico, fragilizam a autoestima, dificultam vínculos sociais e reduzem a adesão ao tratamento odontológico e médico. Na dimensão social, geram isolamento, dificuldade de inserção escolar e laboral, e perpetuam ciclos de vulnerabilidade. Assim, o olhar atento da saúde bucal vai além da boca, alcançando a integralidade do ser humano em sofrimento (Brasil, 2024).

Entre as mulheres, a violência doméstica e familiar é um dos maiores desafios. Lesões em lábios, dentes, gengivas, fraturas faciais e traumas recorrentes são frequentemente identificados nos atendimentos odontológicos. Os profissionais da equipe de saúde bucal devem estar preparados para acolher com escuta qualificada, sem julgamento ou revitimização, e atuar de forma articulada com os demais serviços da rede, como a APS, os serviços de urgência e emergência, os centros de referência e a assistência social, cumprindo também a obrigação legal de notificação de casos suspeitos ou confirmados (Brasil, 2024).

Nas crianças e adolescentes, os sinais de violência podem se apresentar de diferentes formas, seja em decorrência de abusos físicos ou sexuais, seja em situações de negligência e abandono. Fraturas dentárias repetitivas, lacerações orais, presença de cáries extensas sem tratamento e higiene precária persistente são indicadores que precisam ser observados com sensibilidade. O acolhimento adequado, o registro minucioso e a notificação obrigatória são passos fundamentais para assegurar a proteção da criança e do adolescente,

e permitir que ela seja acompanhada pela rede de saúde, pelo Conselho Tutelar e pelas instâncias competentes de defesa de direitos (Brasil, 2024).

Nos idosos, a violência pode assumir a forma de maus-tratos físicos, psicológicos, patrimoniais ou mesmo abandono. O olhar atento da equipe de saúde bucal permite identificar indícios como desnutrição, ausência de tratamento odontológico em condições que comprometem a saúde geral, próteses mal adaptadas, lesões orais persistentes, lesões traumáticas sem explicação convincente e descuido contínuo nos cuidados básicos. Muitas vezes, o atendimento odontológico é a única oportunidade em que esse idoso é examinado detalhadamente e ouvido através da anamnese, tornando ainda mais relevante o papel da equipe na detecção de vulnerabilidades e no encaminhamento responsável para os demais serviços de cuidado (Brasil, 2024).

Entre as populações que também enfrentam situações de violência com impactos significativos na saúde bucal, destacam-se a população negra e a população LGBTQIAPN+. No caso da população negra, o racismo estrutural se expressa não apenas em agressões físicas ou verbais, mas também na forma de negligência, exclusão e barreiras de acesso aos serviços de saúde. Isso resulta em atrasos na prevenção, no diagnóstico e no tratamento, ampliando desigualdades já existentes. Para a população LGBTQIAPN+, a violência se manifesta em agressões físicas e psicológicas, discriminação em espaços de saúde, exclusão familiar e social, além de violências sexuais motivadas pelo preconceito. Esses contextos repercutem diretamente na saúde geral e bucal, seja pela dificuldade de acesso regular aos serviços, seja pelos traumas físicos e emocionais que se refletem em dor, mutilações, baixa autoestima e isolamento. Reconhecer essas especificidades e acolher essas populações com respeito, sigilo e sensibilidade é um compromisso ético das equipes de saúde bucal, reafirmando o SUS como um sistema universal, inclusivo e promotor de direitos (Brasil, 2024).

Pessoas com deficiência e grupos socialmente vulneráveis também demandam especial atenção. Essas populações enfrentam barreiras de comunicação, de mobilidade e de acesso, e podem estar mais expostas a violências invisíveis ou silenciadas. Nesses casos, a escuta sensível, a garantia de acessibilidade e o acompanhamento regular contribuem para ampliar a proteção e a efetividade da rede de saúde (Brasil, 2024).

O trabalho da saúde bucal no enfrentamento das violências não se limita ao atendimento clínico ou à reparação dos danos físicos, ela possui um papel estratégico na identificação precoce de sinais de violência. Trata-se de uma atuação intersetorial, em que a odontologia caminha ao lado da medicina, da enfermagem, da psicologia, do serviço social, da escola, da segurança pública e da justiça. O cuidado integral às vítimas só se torna realidade quando há diálogo e fluxo organizado entre todos esses atores. É fundamental compreender que cada notificação realizada, cada acolhimento humanizado e cada encaminhamento adequado representam passos concretos para salvar vidas e garantir dignidade (Brasil, 2024).

Um avanço importante nessa trajetória foi a aprovação da Lei nº 14.903, de 2025, que instituiu a Política Nacional de Reconstrução Dentária. Essa legislação assegura às mulheres vítimas de violência a reabilitação dentária integral no SUS. Pela primeira vez, o Estado brasileiro reconhece formalmente que a perda dentária decorrente da violência não compromete apenas a mastigação ou a estética, mas afeta profundamente a autoestima, a identidade e a reinserção social das pessoas. A política de reconstrução dentária representa, portanto, um marco no cuidado integral, em que a odontologia assume seu papel não apenas de restaurar dentes, mas de reconstruir sorrisos, histórias e possibilidades de vida (Brasil, 2024).

É importante destacar que a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, ao promover o acesso universal e igualitário aos serviços odontológicos, tem o potencial de reduzir desigualdades

históricas e oferecer um cuidado além da técnica, integrando reabilitação funcional, estética e psicossocial (Brasil, 2024).

Assim, a atuação das equipes de saúde bucal deve unir acolhimento clínico, vigilância em saúde e articulação com os demais setores da sociedade. O enfrentamento das violências só se torna efetivo quando há integração, compromisso ético e sensibilidade para compreender que cada atendimento é uma oportunidade de proteção. Cuidar do sorriso de alguém, nesse contexto, significa cuidar também de sua dignidade, de sua saúde mental e de sua cidadania. A odontologia, dessa forma, se consolida como parte fundamental da resposta do SUS, contribuindo para que mulheres, crianças, idosos, população negra, LGBTQIAPN+ e todas as pessoas em situação de violência tenham não apenas seus dentes restaurados, mas também a chance de recomeçar suas vidas com mais saúde, esperança e dignidade (Brasil, 2024).



6

ENCAMINHAMENTOS E REDE DE CUIDADO E PROTEÇÃO SOCIAL PARA ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Considerando que a APS deve ser o primeiro ponto de contato dos usuários com o SUS, atuando como a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a RAS, orienta-se que as pessoas em situação de violência sejam inicialmente acolhidas pela equipe multiprofissional da APS. Essa equipe será responsável por realizar uma avaliação cuidadosa, considerando o tipo de violência sofrida, o impacto emocional causado e o perfil da pessoa atendida. Com base nessa análise, será possível encaminhá-la de forma adequada, conforme as necessidades específicas de cada caso, para os serviços especializados, como os dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme estabelecido na Portaria nº 3.088/2011, os serviços de assistência social, segurança e justiça. Entre esses dispositivos, destacam-se:

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): são serviços de saúde mental do SUS, voltados para o atendimento de pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais severos e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Seu objetivo é oferecer cuidado em liberdade, evitando internações psiquiátricas e promovendo a reintegração social dos usuários. Existem diferentes tipos de CAPS: o CAPSi atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas; o CAPS AD atende adultos com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas; já os CAPS II ou III atendem adultos com transtornos mentais severos. Esses serviços contam com equipe multiprofissional, oferecem atendimentos individuais e coletivos e articulam-se com a rede de saúde e assistência social (BRASIL, 2002; BRASIL, 2025a).

Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais: Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Recomenda-se, em situação de violência autoprovocada, procurar preferencialmente a Unidade de Pronto Atendimento ou emergência hospitalar.

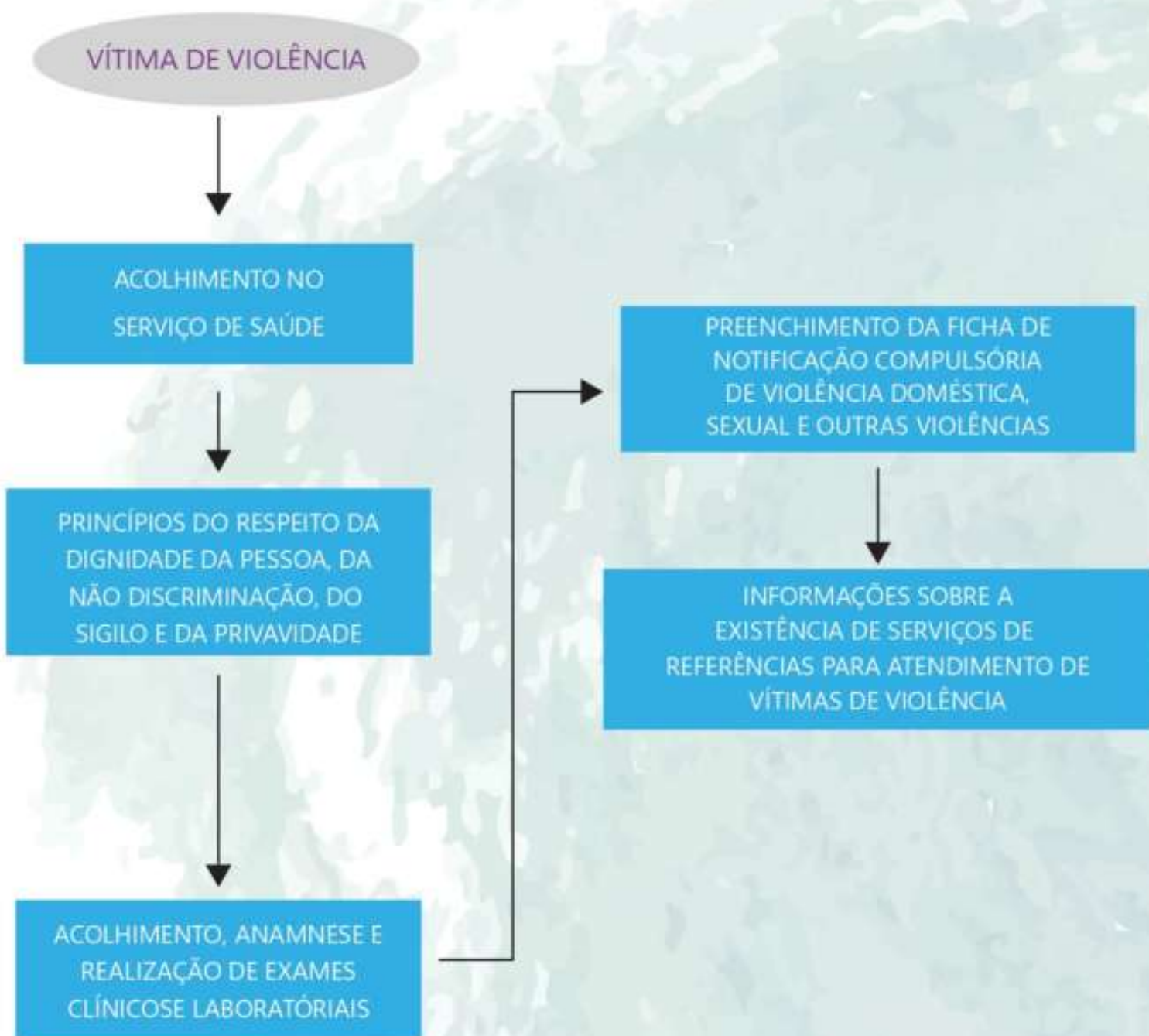
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS): é uma unidade pública estatal que atua como porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), responsável por ofertar serviços de proteção social básica às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Seu principal objetivo é prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania, promovendo a melhoria da qualidade de vida. No CRAS, são desenvolvidas ações como o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), orientação sobre programas sociais (como o Bolsa Família) e encaminhamentos para outras políticas públicas, como saúde, educação e trabalho (BRASIL, 1993).

7

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA



8

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NAS UNIDADES HOSPITALARES/UPAS



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NAS UNIDADES HOSPITALARES/UPAS



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente manual foi desenvolvido com o objetivo de orientar profissionais de saúde, assistência social e segurança pública no atendimento integral às pessoas vítimas de violência no estado do Rio de Janeiro. Ao reunir diretrizes, protocolos e fluxos de atuação, busca-se padronizar práticas, promover a integração entre os diferentes serviços e garantir respostas rápidas, eficazes e centradas na dignidade da vítima.

Ressalta-se que a atenção às pessoas em situação de violência exige não apenas conhecimento técnico, mas também sensibilidade, ética e humanização no acolhimento. A observância de princípios como sigilo, respeito à autonomia, não revitimização e garantia de direitos fundamentais é essencial para fortalecer a confiança entre a população e os serviços de atendimento. Além disso, o trabalho interdisciplinar, com articulação entre profissionais de saúde, assistência social, educação e segurança pública, é fundamental para oferecer suporte completo e contínuo às vítimas.

O sucesso do atendimento depende também da capacitação constante dos profissionais e da atualização periódica dos documentos, considerando novas evidências científicas, alterações legislativas e as especificidades de diferentes grupos populacionais, incluindo mulheres, crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e populações em situação de vulnerabilidade social.

Finalmente, espera-se que este manual sirva como instrumento de referência e sensibilização, incentivando a implementação de práticas consistentes e integradas em todo o território estadual. A sua utilização contribui para a construção de uma rede de proteção mais eficiente, capaz de prevenir danos adicionais, promover a recuperação da vítima e fortalecer a cultura de respeito aos direitos humanos no estado do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

BMC PUBLIC HEALTH. Migrants' vulnerability to human trafficking and sexual exploitation: a public health perspective. BMC Public Health, 2024. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-18997-7>. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, p. 2, 6 dez. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 mar. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 08 ago. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 dez. 1940. Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, p. 1, 3 out. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 ago. 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 ago. 2009. Altera o Código Penal, atualizando os crimes contra a dignidade sexual. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.737, de 30 de novembro de 2012. Altera o Código Penal para tipificar crimes informáticos e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 nov. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2012/L12737.htm. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 jul. 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina e define atividades privativas do médico. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, Brasília, 2 ago. 2013.

BRASIL. Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Marco Civil da Internet. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 abr. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l12965.htm. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 ago. 2014. Dispõe sobre o exercício e fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de

Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 13.185, de 6 de novembro de 2015. Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (bullying) nas escolas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 nov. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2015/L13185.htm. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 abr. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 08 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.718, de 24 set. 2018. Altera o Código Penal para dispor sobre crimes sexuais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 jul. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em: 21 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.737, de 23 de novembro de 2023. Dispõe sobre a ampliação o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados.. Diário Oficial da União, Brasília, 23 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.847, de 2024. Altera dispositivos relacionados à proteção de pessoas em situação de violência. Diário Oficial da União, Brasília, 2024.

BRASIL. Lei nº 4.119, de 27 ago. 1962. Regulamenta a profissão de Psicólogo. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1962. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4119.htm. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 jun. 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jan. 1989.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 jun. 1993. Regulamenta a profissão de Assistente Social. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 dez. 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Atualizada até a Lei nº 12.435/2011. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1993/lei-8742-7-dezembro-1993-363163-norma-actualizada-pl.html>. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_prevencao_autom

utilacao_suicidio_orientacoes_educadores_profissionais_saude.pdf.

Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Casos de violência contra pessoas com deficiência notificados por serviços de saúde brasileiros, 2011-2017. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 3, e2021025, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 11 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, DF, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps/caps>. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático de Cuidado à Mulher em Situação de Violência. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-pratico-de-cuidado-a-mulher-em-situacao-de-violencia.pdf>. Acesso em: 04 set. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático para o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral, 2025. 47 p. ISBN 9786559937394. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atendimento_mulheres_situacao_violencia_aps.pdf. Acesso em: 07 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2023.v47nspe1/e8948/>. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios: norma técnica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações sobre o escopo, preenchimento e fluxo das notificações de violências interpessoais e autoprovocadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Nota Técnica nº 62/2022-CGDANT/DAENT/SVS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/a/acidentes-e-violencia/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf/view. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, DF: HumanizaSUS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Anexo VII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília:

Ministério da Saúde, 2017. (Original de 2001).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida normas sobre políticas nacionais de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolida normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 (atualização de 2020). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 fev. 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps/caps>. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 jun. 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública nos serviços públicos e privados. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jan. 2011.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Atualiza a lista de notificação compulsória de doenças. Diário Oficial da União, Brasília, 6 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 1º abr. 2014. Redefine o funcionamento dos Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em:

<https://www.diariofiscal.com.br/ZpNbw3dk20XgIKXVGacL5NS8haloH5PqbJKZaawfaDwCm/legislacaofederal/portaria/2014/ms485.htm>. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção de violências e intervenção para o cuidado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/mais-programas/prevencao-de-violencias-e-intervencao-para-o-cuidado>. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e atenção às violências: roteiro de capacitação. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_atencao_violencias_roteiro.pdf. Acesso em: 05 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e atenção às vítimas de violência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. atual. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 4 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para atenção integral à saúde da pessoa idosa vítima de violência. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. A equipe de Saúde Bucal e o enfrentamento das violências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes

em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_inquerito_2017_1ed_2019.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância dos acidentes e violências (VIVA/Sinan). Portarias MS/GM nº 1.356/2006, nº 104/2011 e Consolidação nº 4/2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-dos-acidentes-e-violencias>. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/viva>. Acesso em: 11 ago. 2025.

BRASIL. Ministério das Mulheres. Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher. [S.l.]: Ministério das Mulheres. Disponível em:

<https://www.gov.br/mulheres/pt-br/ligue180>. Acesso em: 11 ago. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Ações e Programas – SUAS – Unidades de Atendimento. [S.l.], 2019. Atualizado em: 4 dez. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/unidades-de-atendimento/centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social-creas>. Acesso em: 11 ago. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Cartilha da Violência Patrimonial e Financeira contra a Pessoa Idosa. Brasília: SDDPI, out. 2024. Disponível em:

https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/publicacoes/Cartilha_da_Violencia_Patrimonial__SDDPI__Outubro2024.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Brasília, DF: MDHC, [s.d.]. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados>. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Relatório sobre a população em situação de rua no Brasil. Brasília, DF: MDHC, 2023. Disponível em:

https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa: é possível prevenir, é necessário superar. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência. Rio de Janeiro: SES-RJ, maio 2020.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 1.872, de 31 de julho de 2019. Dispõe sobre diretrizes e procedimentos no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 31 jul. 2019.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 3.243, de 24 de janeiro de 2024. Estabelece normas e diretrizes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 24 jan. 2024.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres. Casa da Mulher Brasileira. Brasília, DF, 2015. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/politicas-para-mulheres/politi>

cas/politicas-de-enfrentamento-a-violencia/casa-da-mulher-brasileira. Acesso em: 15 set. 2025.

CASTEL, R. As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. Cadernos CRH, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358, de 2009. Dispõe sobre atividades de enfermagem em unidades de saúde. Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3582009_3589.html. Acesso em: 2 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 380, de 2009. Define atribuições de técnicos e auxiliares de enfermagem em serviços de urgência e emergência. Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3802009_3600.html. Acesso em: 2 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564, de 20 out. 2017. Define atribuições do enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_56885.html. Acesso em: 2 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução CFF nº 585, de 29 jul. 2013. Dispõe sobre atribuições do farmacêutico em serviços de saúde. Brasília, DF: CFF, 2013. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/file/legislacao/resolucoes/2013/res_585_2013.pdf. Acesso em: 2 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.931/2011. Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 2

set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 010, de 6 ago. 2005. Aprova Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: CFP, 2005. Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/01/codigo-de-etica-profissional-do-psicologo.pdf>. Acesso em: 2 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução CFESS nº 273, de 11 ago. 1993. Aprova Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília, DF: CFESS, 1993. Disponível em:

<https://www.cfess.org.br/legislacao/resolucoes/273-93/>. Acesso em: 2 set. 2025.

DINIZ, D. O que é deficiência? São Paulo: Brasiliense, 2007.

FERREIRA, T. R. S. C.; DESLANDES, S. F. Cyberbullying: conceituações, dinâmicas, personagens e implicações à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/WJYc64dg9Rjxh8k4rJc53gL/>. Acesso em: 11 ago. 2025

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo, 2023. Disponível em:

<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2025. São Paulo: FBSP, 2025. Disponível em:

<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2025/07/anuario-2025.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2025.

FREITAS, M. C. de et al. Violência contra a pessoa idosa: análise de denúncias registradas em um serviço de proteção. *Revista Brasileira de*

- Enfermagem, Brasília, v. 73, supl. 3, p. e20190235, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WjLrGVrLgV3pCJvmmZX8q9G>.
- GALONI, L. L.; SILVA, K. A. A.; OLIVEIRA, G. R.; PEIXOTO, A. C. de A. O processo de institucionalização da infância preta em casas de acolhimento. *Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades*, Vassouras, v. 13, n. 2, p. 56-64, mai./ago. 2022. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RM/article/download/3062/1907/16820>. Acesso em: 17 set. 2025.
- HILLIS, S. D. et al. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, v. 137, n. 3, e20154079, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>.
- HRW – Human Rights Watch. *Global: Flawed Policies Expose Migrants to Abuse*. 2010. Disponível em: <https://www.hrw.org/news/2010/12/11/global-flawed-policies-expose-migrants-abuse>. Acesso em: 10 set. 2025.
- HURIDOCS. *Human rights documentation of migrants in Central America and Mexico*. 2024. Disponível em: <https://huridocs.org/2024/04/human-rights-documentation-migrants-central-america-and-mexico>. Acesso em: 10 set. 2025.
- IOM – International Organization for Migration. *Migrants and their vulnerability to human trafficking, modern slavery and forced labour*. 2021. Disponível em: <https://migrationnetwork.un.org/resources/migrants-and-their-vulnerability-human-trafficking-modern-slavery-and-forced-labour>. Acesso em: 10 set. 2025.
- JUNGES, J. R. et al. Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. *Revista Bioética*, Brasília, v. 23, n. 1, p. 200-206, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231060>.
- JUNGLES, L. A. et al. Sigilo profissional na atenção à saúde: aspectos éticos e legais. *Revista Bioética*, v. 23, n. 1, p. 45-56, 2015.
- LEITE, T. H.; MARQUES, E. S.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; PORTELA, Y.; LEAL, M. C. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9,

e12222023, 2024

MARCOLINO, E. C. et al. Violência contra criança e adolescente: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 75, supl. 2, p. e20210579, 2021.

MARTINS, A. et al. A ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas como instrumento de política de saúde. *Perspectivas em Saúde e Ambiente*, Campo Grande, v. 20, n. 1, p. 55-70, 2020.

Disponível em:

<https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/download/1807/1509>. Acesso em: 2 set. 2025.

MEDEIROS, R. M. K. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 40, p. e20190107, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20190107.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rngen/a/FwsQmg48tP6BrWrd95GhWhJ/?lang=p>t. Acesso em: 15 set. 2025.

MIGRATION POLICY INSTITUTE. *Migrants' Human Rights at the Margins of the Mainstream*. 2022. Disponível em:

<https://www.migrationpolicy.org/article/migrants-human-rights-margin-s-mainstream>. Acesso em: 10 set. 2025.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência sob o olhar da saúde: a infravisibilidade do masculino. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2971-2980, 2019.

MORAES, E. N. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Folium, 2009.

MOURA, E.; CASTRO-SILVA, M. Homens, raça e violência: entre a discriminação institucional e as desigualdades sociais. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 511-527, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/refem/a/>. Acesso em: 13 ago. 2025.

MOURA, L.; CASTRO-SILVA, C. R. A violência de gênero na percepção de agentes comunitários de saúde. *Revista Sociais & Humanas*, Santa Maria, v. 30, n. 3, p. 31-54, 2017.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: décima revisão – CID-10*. São Paulo: EDUSP, 1995.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: https://www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/. Acesso em: 15 set. 2025.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito: nona revisão – CID-9*. Genebra: OMS, 1985.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Nova Iorque: ONU, 2006.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Masculinidade tóxica fará com que 1 em cada 5 homens nas Américas não alcancem*. Brasília: OPAS, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/19-11-2019-masculinidade-toxica-fara-com-que-1-em-cada-5-homens-nas-americas-nao-alcancem>. Acesso em: 15 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 9ª e 10ª revisões. Genebra: OMS, 1985; 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Editado por Etienne G. Krug... [et al.]. Genebra: OMS, 2002. Disponível em:
<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). Violence against women prevalence estimates, 2018. Geneva: WHO, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers. Genebra: OMS, 2019. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241517102>. Acesso em: 4 set. 2025.

Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Disponível em:
<https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados/2025>. Acesso em: 21 jul. 2025.

PAIZ, Janini Cristina; SOUTO, Alice Steglich; MARTINS, Ana Cláudia Magnus; AHNE, Sarah Maria dos Santos; BARÉA, Mônica; GIUGLIANI, Camila. Violência obstétrica: entre a percepção das mulheres e as práticas de assistência ao parto. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 46, p. 3852, 2024. DOI: 10.5712/rbmfc19(46)3852. Disponível em:
<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3852>. Acesso em: 15 set. 2025.

PARANÁ. Secretaria da Saúde do Paraná. Atenção à saúde das pessoas em situação de violência. Curitiba: Secretaria da Saúde, 2023. Disponível em:

<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Atencao-Saude-das-Pessoas-em-Situacao-de-Violencia>. Acesso em: 8 set. 2025.

PARDIN, Aline; SANTOS, Márcia Regina; PEREIRA, Fernanda; SOUSA, Luciana. Pré-natal como estratégia de prevenção à violência obstétrica. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 5, n. 4, p. 1-11, 2023. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/443>. Acesso em: 15 set. 2025.

PEREIRA, L. S. M.; SOARES, S. M. Factors influencing the quality of life of family caregivers of the elderly with dementia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 12, p. 3839-3851, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152012.15632014.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E AS VIOLAÇÕES CONTRA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: um exercício de análise dos dados do CNDDH. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/RelatorioFinal2CNDDH.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2025.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E AS VIOLÊNCIAS ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL: um desafio para o serviço social. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/anais/sipinf/assets/edicoes/2021/artigo/41.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 1872, de 31 de julho de 2019. Institui o Núcleo Estadual de Saúde para Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção à Saúde às Vítimas de Diversas Formas de Violência. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 31 jul. 2019.

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 3243, de 24 de janeiro de 2024. Altera a Resolução SES nº 1872/2019, que instituiu o Núcleo Estadual de Saúde para Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção à Saúde às Vítimas de Diversas Formas de Violência. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 26 jan. 2024.

SÁ, L. M.; LEÃO, S. M. Violência nas redes: impactos legais e psicológicos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e*

Educação, São Paulo, v. 9, n. 10, p. 4791, out. 2023.

SANTOS, A. L.; MENDES, E. V. Violência contra pessoas com deficiência: uma análise intersetorial para o enfrentamento do problema. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 10, n. 2, p. 45-59, 2020.

SCHRAIBER, L. B. et al. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, n. 4, p. 790-803, dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400011>. Acesso em: 15 set. 2025.

SCHRAIBER, L. B. et al. Homens, masculinidades e violência: elementos para a construção de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

SCIELO. Linha de cuidado para atenção integral às pessoas em situação de violência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, supl. 1, e8948, 2023. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2023.v47nspe1/e8948/>. Acesso em: 2 set. 2025.

SCIELO. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Revista de Enfermagem*, [s.l.], [ano?]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/NT9hzc5kt6qFB4VGJZkT64m/>. Acesso em: 2 set. 2025.

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). Guia de enfrentamento a violências: estratégias de Promoção da Saúde e Cultura de Paz nas escolas. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2023. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NjQ2Mzk%2C>. Acesso em: 21 jul. 2025.

SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA (Ministério da Justiça); UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Doc do item 8.2. Norma DEAMS 2010. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; Secretaria Nacional de Segurança Pública; UNODC, 2010. Atualizado em: 30 nov. 2019. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/sev/lei-maria-da-penha/doc-do-item-8.2.-norma-deams-2010.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2025.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. São Paulo: SMS,

2007. Disponível em:
http://midia.pgr.mpf.gov.br/pfdc/15dejunho/caderno_violencia_idoso_atualizado_19jun.pdf. Acesso em: 27 mar. 2020.

SILVA, R. L. da et al. Discursos de ódio em redes sociais: jurisprudência brasileira. Revista Direito GV, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 445-468, dez. 2011.

SOUZA, E. R. et al. Violências contra homens: um fenômeno pouco visível. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2020.

SOUZA, V. P.; GUSMÃO, T. L. A.; NETO, W. B.; GUEDES, T. G.; MONTEIRO, E. M. L. Fatores de risco associados à exposição de adolescentes a violência sexual. Av Enferm, 2019, 37(3): 364-374. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.77050>.

UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Saúde e bem-estar de crianças e adolescentes: toda criança tem o direito de crescer saudável e forte. 2020. Disponível em:
<https://www.unicef.org/health/child-and-adolescent-health-and-well-being>. Acesso em: 1 set. 2025.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Saúde e bem-estar de crianças e adolescentes. Toda criança tem o direito de crescer saudável e forte. 2020. Disponível em:
<https://www.unicef.org/health/child-and-adolescent-health-and-well-being>. Acesso em: 01 set. 2025.

UNICEF BRASIL. Prevenção de violência contra crianças: práticas parentais positivas e ambientes seguros. Brasília, DF: UNICEF Brasil, 2024. Disponível em:
<https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2024/08/Prevencao-de-violencia-contra-criancas.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on violence and health. Geneva: WHO, 2002. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>. Acesso em: 11 ago. 2025

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Elder abuse [Violência contra pessoas idosas]. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>. Acesso em: 15 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing youth violence: An overview of the evidence. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/181008>. Acesso em: 12 ago. 2025.



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO