

Lethality Assessment Program - Maryland Model: um exemplo a seguir?

Ana Lucia Couto Coronel¹
Helena Terezinha Hubert Silva²

RESUMO

A violência doméstica é um grave problema social e de saúde pública, com sérias consequências imediatas e tardias sobre a saúde das vítimas. O objetivo deste artigo de revisão é avaliar o alcance das diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbidade e Mortalidade por Acidentes e Violências (PNRMVA) através da Rede de Atenção à Violência e buscar experiências positivas, que possam contribuir para melhorar os resultados do combate à violência no Brasil. Através de pesquisa bibliográfica e documental, foram identificados os serviços intra e intersetoriais que compõe a Rede de Atenção à Violência e estudos que avaliaram seu desempenho. Identificou-se que a falta de um protocolo eficaz no reconhecimento dos sinais de violência, avaliação do risco de letalidade e de maior integração da rede assistencial contribuem para resultados aquém das diretrizes da PNRMAV. Na busca por uma experiência consolidada, baseada em evidências, com bons resultados, que pudesse preencher as lacunas identificadas, foi encontrado o Lethality Assessment Program (LAP), desenvolvido e implementado em Maryland, nos Estados Unidos, que tem servido de modelo para outras localidades. Como resultado, o LAP é apresentado neste estudo, sob o desafio de propor as adaptações necessárias à realidade brasileira, a fim de instrumentalizar a criação de novas políticas públicas para a redução da violência e suas consequências. Concluímos que a Rede de Atenção à Violência existente no país tem possibilidade de atender às diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, desde que melhore a identificação de casos e risco de letalidade, além de aumentar a integração dos serviços que compõe a rede.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Políticas públicas. Promoção da saúde.

Lethality Assessment Program- Maryland Model: an example to follow?

ABSTRACT

Domestic violence is a serious social and public health problem, with immediate and long term consequences on the health of the victims. The objective of this review article is to evaluate the scope of the National Policy for Reducing Morbidity and Mortality by Accidents and Violence (PNRMVA) through the Network of Attention to Violence and to seek positive experiences that can contribute to improving the results of the fight against violence in Brazil. Through bibliographic and documental research, the intra and intersectoral services that comprise the Network of Attention to Violence and studies that evaluated its performance were identified. It was identified that the lack of an effective protocol in the recognition of the signs of violence, evaluation of the risk of lethality and of greater integration of the assistance network contribute to results below the guidelines of the PNRMAV. The Lethality Assessment Program (LAP), developed and implemented in Maryland, United States, has

¹ Mestranda no Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Médica e Cirurgiã Geral pela Universidade Federal de Santa Maria (1991 e 1993). Coloproctologista pela UFCSPA (1995) - Correspondência: A.L.C. Coronel- Av. Independência,330/ 405- Porto Alegre- RS- Brasil. CEP 90035-070. alc.coronel@hotmail.com

² Doutora em Patologia pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) (2010). Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1981). Especialista em Medicina Legal. Professora Adjunta IV da UFCSPA. Docente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino na Saúde da UFCSPA.

been found in the search for a consolidated, evidence-based and successful experience that could fill the gaps identified. It has served as a model for other localities. As a result, the LAP is presented in this study, under the challenge of proposing the necessary adaptations to the Brazilian reality in order to assist the creation of new public policies for the reduction of violence and its consequences. We conclude that the Network for Attention to Violence in the country has the possibility of complying with the guidelines of the National Policy for Reduction of Morbidity and Mortality by Accidents and Violence, since it improves the identification of cases and risk of lethality, in addition to increasing the integration of the services that make up the net.

Key-words: Domestic violence. Public policies. Health promotion.

Lethality Assessment Program- Maryland Model: un ejemplo a seguir?

RESUMEN

La violencia doméstica es un serio problema social y de salud pública con graves consecuencias inmediatas y a largo plazo sobre la salud de las víctimas. El objetivo de este artículo de revisión es evaluar el alcance de las directrices de la Política Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad por Accidentes y Violencias (PNRMVA) a través de la Red de Atención a la Violencia y buscar experiencias positivas que pueden contribuir a mejorar los resultados del combate a la violencia en Brasil. A través de pesquisa bibliográfica y de investigación documental, fueron identificados los servicios intra e inter-sectoriales que conforman la Red de Atención a la Violencia ~~red de atención~~ y estudios que evaluaron su desempeño fueron. Se identificó que la falta de un protocolo eficaz para reconocer los signos de violencia, evaluar el riesgo de mortalidad y una mayor integración de la red de atención contribuyen a los resultados abajo de las directrices de PNRMAV. En la búsqueda por una experiencia consolidada, basada evidencias, con buenos resultados, lo que podría llenar los vacíos identificados, se encontró el Lethality Assessment Program (LAP), desarrollado e implementado en Maryland, en los Estados Unidos, que ha servido de modelo para otros lugares. Como resultado, el LAP se presenta en este estudio bajo el reto de proponer los ajustes necesarios a la realidad brasileña con el fin de instrumentalizar la creación de nuevas políticas públicas para reducir la violencia y sus consecuencias. Llegamos a la conclusión de que la Red de Atención a la Violencia existente en el país es capaz de cumplir con las directrices de la Política Nacional de Reducción de la Mortalidad Morbilidad y por Accidentes y violencia, una vez que mejore la identificación de los casos y el riesgo de mortalidad y aumente la integración servicios que componen la red.

Palabras clave: Violencia doméstica. Políticas públicas. Promoción de la salud.

1. INTRODUÇÃO

A violência é um grave problema social e de saúde pública e requer uma postura de enfrentamento por parte dos gestores, pois além das consequências imediatas, acarreta problemas de saúde a longo prazo, afetando a qualidade de vida das vítimas, sobrecarregando o sistema de saúde e comprometendo o desenvolvimento como um todo (Krug et al., 2002; Drossman, 2011).

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera limítrofe o índice de 10 homicídios por grupo de 100 mil habitantes. No Brasil, de acordo com o 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, com dados relativos ao ano de 2014, esse índice era de 28,8 por 100 mil habitantes (9ºABSP, 2015). No ano seguinte, o 10º Anuário de Segurança Pública refere que houve uma queda de 2% no total de mortes violentas intencionais registradas, porém, 54% destas mortes foi entre jovens de 15 a 24 anos. Também relata que houve um aumento de 129% nas denúncias de violência contra a mulher através do Disque 180 e que houve mais mortes violentas no Brasil do que no confronto armado na Síria. No último ano, 76,3 bilhões de reais foram gastos com segurança pública pela União, Estados e Municípios brasileiros (10ºABSP, 2016). Analisando essa questão pelo prisma econômico, considera-se que a violência nos países da América Latina é responsável pela redução de investimentos e desvio importante de recursos, que deixam de ser aplicados em áreas como infraestrutura, saúde e educação e são destinados ao combate à violência (PNUD, 2013). Leandro Piquet, professor e pesquisador do Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas da Universidade de São Paulo, considera: “Quando a taxa de crimes é muito alta, você encontra situações nas quais os mais jovens simplesmente decidem pelo caminho mais fácil e não por educação, não pela poupança, não por cuidar da saúde” (IANQUITO, 2014).

A inclusão da violência na pauta da saúde pela Organização Mundial da Saúde, em 2001, levantou uma série de questões até então negligenciadas. Despertou, particularmente, para a necessidade de preparar recursos humanos e materiais para a identificação, acolhimento e encaminhamento das vítimas e para a necessidade da criação de programas e políticas públicas para enfrentar esse complexo fenômeno (MINAYO, 2006). Os serviços de saúde recebem pessoas vítimas de diversos tipos de violência, entre os quais está a violência doméstica. A violência doméstica pode ser considerada o “berço” dos demais tipos, pois um dos principais fatores de risco para se tornar um agressor é ter sido vítima de violência (VIVIAN et al., 2003). Por ocorrer num ambiente que deveria representar cuidado e proteção, acarreta profundas alterações imediatas e tardias na saúde física e emocional das vítimas (FERGUSON et al., 2013). As lesões de natureza física, embora mais evidentes, nem sempre são referidas e aquelas decorrentes do abuso psicológico são frequentemente omitidas, requerendo maior capacitação dos profissionais assistentes no manejo desses casos (SILVA et

al., 2007). Como consequências tardias, têm sido relacionadas inúmeras doenças, desde distúrbios psiquiátricos, doenças cardiovasculares, doenças digestivas, respiratórias e muitas outras, determinadas por múltiplos fatores relacionados ao estresse causado pela violência (VIVIAN et al., 2003; MILLER et al., 2011).

Nas últimas décadas, muitos países vêm desenvolvendo programas e políticas públicas para o enfrentamento da violência no âmbito da saúde, visando reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade e o custo global dela decorrentes (KRUG et al., 2002). Entretanto, muitas lacunas têm sido apontadas, frequentemente relacionadas à falta de investimento em prevenção, falta de acesso à assistência, falta de integração entre as redes de proteção às vítimas e falhas nos sistemas de monitoramento (OMS, 2014). Outros problemas apontados em alguns estudos são o despreparo e a falta de informação entre os profissionais que recebem as vítimas, além da necessidade de uma metodologia eficaz no reconhecimento dos sinais de violência doméstica e risco de letalidade (RAMSAY et al., 2002; DEWES et al., 2008; STÖCKL, 2014). A falta de integração dos sistemas de coleta de dados, a subnotificação e a baixa procura por assistência, também dificultam o dimensionamento real dessa ocorrência e, conseqüentemente, impactam negativamente na criação de programas e políticas públicas apropriadas. Em vista disso, as fontes de dados continuam a apontar para índices elevados de morbimortalidade por causas externas, entre elas a violência doméstica (ALVES et al., 2016).

No Brasil, em 2001 foi criada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), cujas diretrizes são (BRASIL, 2001): Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; Monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências; Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; Estruturação e consolidação do atendimento voltado para recuperação e reabilitação; Capacitação de recursos humanos; e Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A elaboração dessas diretrizes pressupõe que a rede prestadora de serviços de saúde seja numericamente satisfatória e tenha recursos humanos e materiais adequados e suficientes. Além disso, a organização dos serviços deve ser diferenciada em níveis de complexidade,

descentralizada e hierarquizada, prestando atendimento integral e interdisciplinar às vítimas (FALBO NETO, 2012).

Buscando atender a essas diretrizes, além de outras medidas, foi formada a Rede de Atenção à Violência, que integra o sistema de saúde aos sistemas de segurança e justiça, contando ainda com a participação da sociedade civil organizada, a fim de promover a prevenção, a assistência e a proteção às vítimas. Os serviços de saúde representam o componente intrasetorial e os serviços de segurança pública, justiça e sociedade civil organizada, representam o componente intersetorial dessa rede (WEBER, 2005).

Como medida para melhorar o monitoramento da ocorrência da violência doméstica, a partir dos serviços que recebem as vítimas, a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, dispõe que a violência interpessoal e autoprovocada passa a ter notificação compulsória e deve ser registrada na Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, integrando ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (BRASIL, 2014). Cabe ressaltar, entretanto, que essa notificação tem importante caráter epidemiológico, mas não aciona a rede de assistência e proteção, nem avalia o risco de letalidade das ocorrências.

Apesar da PNRMAV representar um marco no reconhecimento da violência como um problema de saúde pública, quando analisada através de um instrumento de avaliação de políticas públicas, apresenta fragilidades (SAKATA et al., 2014). Do mesmo modo, estudos apontam para falhas na implementação das diretrizes do programa no âmbito da Rede de Atenção à Violência, acentuando as necessidades de investimentos no processo de prevenção, de modo a evitar sobretudo desfechos fatais, de adequar o atendimento ao perfil epidemiológico, de direcionar maior atenção às famílias em situação de violência e, entre outras, à necessidade de integrar os serviços da rede (CAVALCANTI, 2009; DESLANDES, 2009). Quais medidas são ainda necessárias para alcançar melhores resultados no combate à violência, especialmente à violência doméstica?

Além de um maior investimento em prevenção, acreditamos na hipótese de que a implantação de um protocolo de atenção à violência doméstica, baseado nas melhores evidências, que promova a integração da rede assistencial e identifique o risco de letalidade inerente a cada ocorrência, possa responder a essa questão. O Lethality Assessment Program-Maryland Model (LAP) é baseado em: capacitação de recursos humanos; identificação dos

sinais de violência doméstica; análise de risco (letalidade); interface com banco de dados, sistema de segurança, sistema jurídico e redes de proteção, possibilitando melhores monitoramento e avaliação da violência. O dimensionamento adequado da questão e a utilização racional de recursos permitem a criação de políticas públicas mais eficientes e eficazes. Por isso, com o desafio de adequar essa experiência bem-sucedida à realidade brasileira, o LAP será apresentado neste artigo.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1 Descrição

O LAP foi criado em 2005, a partir do trabalho de pesquisa coordenado pela Dra. Jacquelyn Campbell, do The Johns Hopkins University School of Nursing, que avaliou vítimas fatais e não-fatais de violência doméstica e verificou, com base nas melhores evidências, que: somente 4% das vítimas fatais de violência doméstica haviam sido avaliadas previamente por programas de atenção às vítimas; 50% das vítimas fatais já haviam chamado socorro policial em outras situações de agressão e que o índice de letalidade diminuía em 60% quando as vítimas recebiam assistência e eram protegidas em abrigos (CAMPBELL et al., 2003).

Os principais objetivos do programa são: Reduzir o risco para as vítimas; Reduzir a relação da violência doméstica com fatalidades; Educar as vítimas a reconhecer o risco de letalidade; Educar as vítimas a fazer escolhas seguras; Aumentar a consciência dos riscos de letalidades entre as agências de assistência; Educar as agências de segurança e justiça a darem diferentes respostas às diferentes situações de violência doméstica, inspirando melhores intervenções proativas; Permitir que as vítimas vejam a si e a seus agressores sob novas perspectivas; e Promover cooperação, comunicação e coordenação entre a rede de proteção e assistência às vítimas (LAP, 2013).

O protocolo, que inicialmente foi desenvolvido para ser acionado por um policial que tivesse sido chamado para atender uma ocorrência de violência doméstica entre parceiros íntimos, atualmente também é aplicado em serviços de saúde. Apresenta duas frentes de ação:

uma ferramenta (questionário) que avalia o risco de letalidade por violência doméstica e outra que consiste no acionamento da rede de assistência e proteção às vítimas em risco (Hotline), caso o risco seja identificado. O questionário, que só deve ser aplicado se a vítima estiver consciente e coerente e se o agressor não estiver próximo, é constituído por 11 perguntas (LAP, 2013):

- 1- Ele (a) usou uma arma ou ameaçou você com uma arma?
- 2- Ele (a) ameaçou matar você ou seus filhos?
- 3- Você acha que ele (a) pode tentar matar você?
- 4- Ele (a) tem ou pode conseguir uma arma facilmente?
- 5- Ele (a) já tentou estrangular você?
- 6- Ele (a) é constantemente violento (a), ciumento (a) e/ou controla suas atividades diárias?
- 7- Você já se separou dele (a) alguma vez?
- 8- Ele (a) está desempregado (a)?
- 9- Ele (a) já tentou suicídio?
- 10- Você tem algum filho que ele (a) saiba que não é dele (a)?
- 11- Ele (a) segue você ou espiona suas mensagens?

Resposta positiva (“sim” ou equivalente) para qualquer questão de “1 a 3” ou para quatro das demais questões (“4 a 11”), caracteriza “alto risco de letalidade” e a segunda parte do protocolo deve ser acionada. Caso as respostas não atendam os critérios acima, mas o atendente acredite que o risco é elevado, deve acionar a Hotline, ou seja, a rede imediata de proteção. Após ser esclarecida sobre o risco iminente e informada do acionamento da Hotline, a vítima deve ser colocada em contato telefônico com um advogado, que fará esclarecimentos legais e traçará um plano de ação e proteção. Havendo segurança, é feito o registro da ocorrência, o atendente deixa o local, a vítima irá seguir as recomendações do advogado e receberá visitas de acompanhamento. Havendo risco imediato elevado, a vítima deverá ser levada para assistência jurídica, serviço social, órgãos de proteção (abrigos) e assistência psicológica (CAMPBELL et al., 2005).

Avaliações recentes, mostram um aumento na aplicação do LAP no estado de Maryland e uma maior utilização da rede de proteção às vítimas, indicando, indiretamente, um número maior de vidas salvas (MARYLAND, 2015).

2.2 Discussão

Como referido, o Brasil já conta com uma rede de serviços voltados ao enfrentamento da violência. A adaptação e implantação do LAP à realidade brasileira, por apresentar um caráter preventivo e integrador, tem o potencial de garantir uma melhor utilização do sistema já existente, melhor monitoramento da violência doméstica no país e maior segurança às vítimas. A longo prazo, é possível esperar a redução na ocorrência de violência doméstica, melhoria nos índices sociais e diminuição nas demandas de saúde, segurança e justiça, com consequente redução de custos. Indiretamente a redução da violência pode contribuir para o desenvolvimento socioeconômico, elevando o Índice de Desenvolvimento Humano do país.

O trabalho articulado em rede, tem sido apontado como uma medida eficaz para abordar os mais diversos problemas (STÖCKL, 2014). Atualmente, a Rede de Atenção a Violência existente no Brasil, conta com elementos intrasetoriais e intersetoriais (BRASIL, 2010). O Quadro 1 apresenta os serviços que integram essa rede e, através dele, fica claro que não faltam serviços para atender integralmente as situações de violência. Conforme mencionado, falta “capacitação de recursos humanos; identificação dos sinais de violência doméstica; análise de risco (letalidade); interface com banco de dados, sistema de segurança, sistema jurídico e redes de proteção, possibilitando melhores monitoramento e avaliação da violência”, que são encontrados nas premissas do LAP.

Entre as adaptações necessárias à implantação de um modelo inspirado no LAP à realidade do Brasil, podem ser apontadas:

- Ampliação da aplicação do protocolo de avaliação de risco a todas as vítimas de todos os tipos de violência doméstica e não apenas à violência entre parceiros íntimos;
- Inclusão dos sistemas de saúde e segurança pública na aplicação do protocolo;
- Adequação e aproximação com o sistema jurídico;

- Capacitação da rede de assistência e proteção para o recebimento e acompanhamento das vítimas;

- Sistematização e coordenação entre os órgãos de saúde, segurança e justiça;

- Preparo adequado de recursos humanos.

Mediante essas e outras adaptações que possam ser identificadas, o Lethality Assessment Program- Maryland Model, pode contribuir para a aproximação das diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e com a criação de novas políticas públicas de combate à violência. A Rede de Atenção à Violência existente no país tem potencial para cumprir com os objetivos a ela destinados, desde que exista um modelo mais integrado de serviços.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As limitações identificadas neste estudo estão relacionadas à complexidade do tema, aos possíveis vieses de interpretação e ao risco de estudos relevantes não terem sido revisados.

A partir dos estudos e documentos analisados, buscamos identificar meios para aprimorar os avanços já conquistados no enfrentamento à violência no Brasil. Acreditamos que a adoção de um programa de reconhecimento de risco de letalidade, integrado à rede assistencial, inspirado no Lethality Assessment Program- Maryland Model, possa aproximar o alcance das diretrizes almejadas pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e garantir a e melhor utilização da Rede de Atenção à Violência já existente (WEBER, 2005). Os dados alarmantes relativos à violência no Brasil exigem renovação das estratégias de enfrentamento a violência e revisão das políticas públicas existentes.

A prevenção e a redução da violência doméstica são capazes de repercutir positivamente em todo o sistema de saúde e no desenvolvimento social como um todo, pois quebram o ciclo de perpetuação relacionado ao fenômeno, garantindo uma verdadeira promoção da saúde.

Quadro 1 - Rede de Atenção à Violência - Porto Alegre, 2017.

	REDE INTRASSETORIAL	REDE INTERSETORIAL
SERVIÇOS DE SAÚDE	Agentes Comunitários, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Unidades de Pronto Atendimento, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, serviços de saúde mental, serviços de urgência e emergência, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), CAPS infantil, CAPS álcool e drogas, Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, Serviço Atendimento Móvel de Urgência, Pronto Atendimentos, Pronto Socorro, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, Laboratórios e Hospitais.	
SEGURANÇA PÚBLICA		Polícia Militar (PM), Delegacias de Polícia (DP), Delegacias Especializadas (da Mulher- DEM, da Criança e do Adolescente- DECA, do Idoso- DEI) e pelo Instituto Médico Legal (IML)
SISTEMA DE JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS		Conselhos Tutelares, pelo Ministério Público (MP), Defensoria Pública, Poder Judiciário (PJ), Disque 100, Disque 180 e abrigos
SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA		Organizações não Governamentais (ONGs), Conselhos de Saúde

Fonte: Elaborado pelas autoras

Observações:

Conflito de interesses: as autoras declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento: não houve fonte externa de financiamento.

REFERÊNCIAS

9ºABSP. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2015. ISSN 1983-7364- Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/9_anuario_2015.retificado_.pdf> Acesso em: 10 jan. 2017.

10ºABSP. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016- ISSN 1983-7364- Disponível em:< http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf> Acesso em: 09 jan. 2017.

ADRIANA DEWES, P.; STELA NAZARETH, M.; ÉLIDA AZEVEDO, H. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais Women facing violence: the voice of social workers. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 126-137, 2008. ISSN 0104-1290.

ALVES, M. D. C. L.; DUMARESQ, M. L.; SILVA, R. V. As lacunas no enfrentamento à violência contra a mulher: análise dos bancos de dados existentes acerca da violência doméstica e familiar. 2016. ISSN 1983-0645.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 2001. Seção 1e. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à 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 2010.

_____. Portaria GM/MS Nº 1.271/2014- Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. 2014.

CAMPBELL, J. C. et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. **American journal of public health**, v. 93, n. 7, p. 1089-1097, 2003. ISSN 0090-0036.

CAMPBELL, J. C.; WEBSTER, D.; MAHONEY, P. **Intimate Partner Violence Risk Assessment Validation Study. Final Report**. Disponível em: < <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/209731.pdf>>. Acesso em: 12 jan.2017.

CAVALCANTI, M. D. L. T. A análise da implantação da PNRMAV ressalta os problemas do SUS. **Cien Saude Colet**, v. 14, n. supl 1, p. 1650-51, 2009.

DA SILVA, L. L. et al. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 21, p. 93-103, 2007.

DAY VIVIAN, P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 25, n. suppl.1, p. 9-21, 2003. ISSN 0101-8108.

DE SOUZA MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, 2009. ISSN 1413-8123.

DROSSMAN, D. **Abuse, Trauma and GI Illness: There is a link & quest?** The American journal of gastroenterology. 106: 14-25 p. 2011.

FERGUSON, D. M.; MCLEOD, G. F. H.; HORWOOD, L. J. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. **Child abuse & neglect**, v. 37, n. 9, p. 664-674, 2013. ISSN 0145-2134.

IAQUINTO, K. Efeito dominó: o custo da violência. **Revista Conjuntura Econômica**, v. 68, n. 1, p. 20-27, 2014. ISSN 0010-5945.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002. ISSN 0140-6736.

LAP. Lethality Assessment Program- Maryland Model. Disponível em <http://mnadv.org/_mnadvWeb/wp-content/uploads/2013/12/LAP-Protocol.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

LIMA, M. L. C. D.; FALBO NETO, G. H. Avaliação da política nacional de morbimortalidade por acidentes e violência, nos municípios de Pernambuco com mais de 100.000 habitantes. In: (Ed.). **Avaliação da política nacional de morbimortalidade por acidentes e violência, nos municípios de Pernambuco com mais de 100.000 habitantes**: UFPE, 2012. ISBN 8541500969.

MARYLAND. Maryland Network Against Domestic Violence- Disponível em <<https://lethalityassessmentprogramdotorg.files.wordpress.com/2016/09/2015-lap-maryland-annual-report-summary.pdf>>. Acesso em: 10 jan.2017.

MILLER, G. E.; CHEN, E.; PARKER, K. J. Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. **Psychological bulletin**, v. 137, n. 6, p. 959, 2011. ISSN 1939-1455.

MINAYO, M. C. D. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. supl, p. 1259-1267, 2006. ISSN 1413-8123.

Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/>. Acesso em: 10 jan. 2017.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)- Relatório de Desenvolvimento Humano 2013. Disponível em <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/relatorios-de-desenvolvimento-humano/rdhs-globais.html#2013>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

RAMSAY, J. et al. **BMJ**, v. 325, n. 7359, p. 314, 2002. ISSN 0959-8138.

SAKATA, K. N.; EGRY, E. Y.; NARCHI, N. Z. A política brasileira de redução de acidentes e violência se alinha às perspectivas internacionais? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe2, p. 197-203, 2014. ISSN 1980-220X.

STÖCKL, H. A move beyond screening is required to ensure adequate healthcare response for women who experience intimate partner violence. **Evidence Based Medicine**, v. 19, n. 6, p. 240-240, 2014. ISSN 1473-6810.

WEBER, M. A. L. Violência doméstica e rede de proteção: dificuldades, responsabilidades e compromissos. tese.bibliotecadigital.puc-campinas. 2005.