

carcerário, além da experiência da LEP em prática, proporcionando a formulação de ações do GRT junto a presídios e convênios de trabalhos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir da visão dos próprios presidiários os estudantes perceberam a importância das oportunidades de trabalho dentro e fora do cárcere, confrontando a realidade da classe marginalizada em ressocialização.

Eixo Rotas Críticas - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa

A ATENÇÃO AO PARTO NO SUS: A ESCUTA MATERNA NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Suelen Beal Miglioransa, Cássia Regina Gotler Medeiros

Palavras-chave: Humanização da Assistência, Nascimento, Sistema Único de Saúde (SUS)

Para falar sobre nascimento e parto é necessário considerar que este não deve ser visto apenas como um evento da medicina, mas sim como um evento em que a mulher é a protagonista e que leva em consideração aspectos fisiológicos, psicológicos e espirituais. A Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2004), tem proposto novas metodologias de atenção e gestão às políticas, programas e estratégias existentes na saúde, prevendo a inclusão de todos os atores sociais envolvidos nos processos de atenção. No âmbito do nascimento a estratégia de saúde Rede Cegonha (BRASIL, 2011) propõe uma rede de cuidados que garanta assistência humanizada e de qualidade à mulher. A

partir deste embasamento, a presente pesquisa teve como objetivo geral conhecer a assistência ao parto das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990) num município do interior do Rio Grande do Sul, realizando uma discussão e interlocução com o que preconiza a PNH e a Rede Cegonha. Considerou os seguintes objetivos específicos: (a) Investigar como se efetiva a atenção ao parto nesse município considerando as diretrizes do componente II – parto e nascimento, da Rede Cegonha; (b) Verificar o conhecimento das puérperas a respeito das rotinas e procedimentos realizados no ambiente hospitalar durante o trabalho de parto e parto; (c) Identificar os sentimentos das puérperas com relação ao seu parto; (d) Avaliar aspectos positivos e negativos relatados pelas puérperas em relação ao seu trabalho de parto e parto. Ao considerar-se a longa caminhada na implantação de uma atenção mais humanizada nos serviços de saúde e a proposta da inclusão de todos os atores sociais envolvidos nos processos de saúde (gestor-profissional-usuário), esta pesquisa torna-se relevante no momento em que possibilita a obtenção destes objetivos a partir do relato das usuárias do serviço, avaliando como se efetivam os cuidados em saúde e a atenção integral à mulher gestante e ao nascituro, podendo contribuir para a qualificação do componente II da Rede Cegonha. Realizou-se um estudo descritivo exploratório, de caráter qualitativo, por meio de entrevistas semiestruturadas com puérperas. As entrevistas foram realizadas com data e horário agendados, no domicílio das entrevistadas, conforme a sua disponibilidade. Foram respeitados os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa a qual foi submetida. A metodologia de análise utilizada foi a análise de conteúdo (BARDIN, 2011). A partir da escuta foi realizada uma

avaliação sobre as práticas institucionais na atenção ao nascimento, relacionando com o que preconiza a PNH e a Rede Cegonha. Os sujeitos entrevistados foram seis puérperas, com faixa etária entre 18 e 41 anos, que realizaram acompanhamento pós-natal no serviço público de saúde do município em estudo e que tiveram seus partos realizados pelo SUS na maternidade deste município, no ano de 2014. Emergiram das entrevistas três categorias de análise: Rotinas e procedimentos hospitalares; Percepções das puérperas sobre o atendimento da equipe; Sentimentos e crenças envolvidos com o processo de hospitalização. Nestas se observou, respectivamente, os diferentes procedimentos que as puérperas foram submetidas ao longo de sua internação hospitalar; o atendimento prestado pela equipe de saúde e o modo como este atravessa os demais itens de análise, procedimentos e sentimentos; e os sentimentos como o medo, a dor e o sofrimento, a felicidade e gratidão pelo nascimento, a ansiedade pelo encontro com o filho e a perda de identidade no ambiente hospitalar. A efetivação do atendimento prestado no espaço de cuidado e atenção ao parto, a partir das entrevistas, foi positiva. Porém, apresentou problemas que foram evidenciados por meio de queixas sobre os cuidados prestados, incômodos com procedimentos e rotinas. Foi possível, a partir do estudo, concluir-se que, no espaço avaliado, as práticas de atenção estão em dissonância com as recomendações de ambas as políticas e das leis orgânicas do SUS. Dentre as diretrizes do componente II – parto e nascimento, observou-se que o hospital de referência no município as cumpre parcialmente, em especial desconsiderando o que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Boas Práticas de Atenção ao Parto. Vale ressaltar que na proposta deste estudo não foi considerado o acesso aos prontuários das

entrevistadas e assim esta análise baseia-se exclusivamente nas escutas realizadas. São as ações do componente II avaliadas: (a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais: satisfatório, não houveram relatos de falta de leitos e não houve necessidade de uso de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo adulto ou neonatal; (b) ambiência, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal: cumpre-se parcialmente; (c) uso de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas: foram cumpridas parcialmente as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996); (d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato: satisfatório; (e) acolhimento com classificação de risco: não foi possível avaliar; (f) estímulo à implementação de equipes horizontais de cuidado: não foi possível avaliar. As puérperas demonstraram grande desconhecimento sobre as rotinas e procedimentos que foram submetidas no ambiente hospitalar, o que problematiza a real inclusão de todos os atores sociais envolvidos, conforme a ferramenta da PNH. Quanto aos sentimentos das puérperas com relação ao seu parto, observou-se que este é um momento cheio de felicidade e gratidão pela chegada do filho, porém, considerando-se os entremeios das falas, em especial sobre os procedimentos realizados e atendimento prestado, às mulheres citaram sentimentos de medo, dor, ansiedade e perda de identidade. A interlocução do que emergiu das entrevistas das puérperas com a PNH e a Rede Cegonha, confirmaram que existem grandes desafios a serem enfrentados para a implantação de uma atenção mais humanizada e efetiva ao parto, sendo ainda longa essa caminhada.

Porém, demonstra-se possível, na medida em que os espaços de atenção ao parto, como o hospital, forem compondo-se com a PNH desde sua atenção até a gestão. É necessário enfrentar as dificuldades que vão além de estruturas físicas, mas que dizem respeito aos processos de trabalho e equipe, a cultura organizacional e ao entendimento ético-político de como deve se efetivar a relação usuário-profissional-gestor.

A INVISIBILIDADE DE QUEM É VISTO TODOS OS DIAS: DIFICULDADES DO VIVER NA RUA

Scheila Mai, Rafael Rossetto, Fátima Martins, Fabio Herrmann, Jéssica Mai, Janainny Magalhães Fernandes, Giliard Mai, Bernadette Kreutz Erdtmann

Palavras-chave: Dificuldade, População em situação de rua, Invisibilidade

APRESENTAÇÃO: As pessoas em situação de rua estão por todos os lugares, se refugiando das intempéries, espalhados pelos espaços públicos, estando tão próximos, mas ao mesmo tempo tão distantes que podemos as ver, mas não as (re)conhecer. Morin¹ compreende que a abertura subjetiva em relação ao outro determina que estejamos abertos para determinadas pessoas próximas e privilegiadas, mas que na maioria do tempo permanecemos fechadas para as demais. Descreve ainda o quanto que na vida cotidiana ficamos quase indiferentes às misérias físicas e partimos para os julgamentos morais, dos quais sentimos repugnância pelo “vagabundo” encontrado na rua e que, entretanto, somos capazes de sentir compaixão pelo mesmo quando se encontra na leitura ou na projeção de um filme. Disto decorre a necessidade de estudar e compreender o visível mais incompreensível, pois para o mesmo autor¹, a visão é o sentimento mais confiável que temos e em consequência a essa confiança é

que surgem os inúmeros erros de percepção. Nas trajetórias de vida da população de rua é possível visualizar a exclusão social como um processo de exclusão do seu lar, das leis, dos seus direitos, da humanidade, da vida e da condição humana². **METODOLOGIA:** Trata-se de um recorte de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, do qual foi desenvolvido a partir de entrevistas individuais semi-estruturadas com 14 pessoas em situação de rua e observação participante dos mesmos, incluindo mais seis pessoas, totalizando 20 atores observados através de imersão em locais de agrupamento de pessoas em situação de rua, em um município do Oeste Catarinense. Este estudo respeitou a Resolução/CNS 466/12 e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. O trabalho teve como objetivo compreender o cotidiano das pessoas em situação de rua, a luz dos saberes de Edgar Morin, sendo um recorte da pesquisa, os resultados apresentados serão com enfoque nas dificuldades que essa população encontra pelo viver na rua. **RESULTADOS:** A compreensão entre os seres humanos quer próximo, quer estranho, é fundamental para que as relações humanas saiam de seu estado bárbaro de incompreensão¹. Para muitos a rua é encarada como uma situação difícil, que representa sofrimentos, julgam que viver na rua não é bom, não é vida. Diante da complexidade do conhecer, surge a necessidade de buscar no subjetivo de cada ser, qual é a maior dificuldade que uma pessoa em situação de rua encontra no cotidiano por estar vivendo nesta condição. Imediatamente são concebidas no nosso inconsciente as dificuldades que essa população enfrenta, pensamos logo em ser a fome, o frio, a falta de moradia e/ou de emprego, a presença de doenças e a ausência familiar, e assim simplificamos um mundo de complexidades à uma visão cegueira. No complexo mundo do conhecer o real o que é revelado nos surpreende quando, a maior dificuldade de viver na rua

relatada pelas pessoas em situação de rua é a rejeição da população. O desprezo sentido, demonstrado por parte das outras pessoas os fere, os machucam, deixam marcas, que estão enraizadas em suas falas quando essas se revelam: “A maior dificuldade é a indiferença das pessoas, né?... que te tratam como se tu não fosse uma pessoa, te olham: ‘é um morador de rua’, muita gente não te trata bem”.; “Dificuldade é você estar andando, você passa e o povo: ‘aquele é um drogado, é um ladrão!’”. Para Morin¹ é assim que encerramos o problema quando dizemos os “drogados”. Temos aqui uma categoria que despreza a vítima, que a julga e a culpabiliza por esta situação, onde a única arma, evidentemente, é a repressão. Morin¹ também descreve que “se descobrirmos que somos todos seres falíveis, frágeis, insuficientes, carentes, então podemos descobrir que todos necessitamos de mútua compreensão”. Enquanto seguimos a reprimir os oprimidos, continuaremos a viver em uma sociedade tão cega quanto opressora, que emite a responsabilidade do opressor e, se não bastasse ainda, justifica essa omissão “jogando” o problema ao próprio oprimido. A compreensão não desculpa nem acusa: pede que se evite a condenação peremptória, irremediável, como se nós mesmos nunca tivéssemos conhecido a fraqueza nem cometido erros. “Se soubermos compreender antes de condenar, estaremos no caminho da humanização das relações humanas”¹. As pessoas em situação de rua vivenciam constantemente cenas de desprezo, seja por um olhar, por uma expressão, por uma palavra. Eles sentem que são ignorados, rejeitados, excluídos, pré conceituados como “vagabundos”, perigosos, ladrão entre outras denominações. O desprezado, sente-se ferido, mutilado e machucado “[...] sabe quantas vezes uma pessoa passou e parou para conversar comigo? Você é a terceira pessoa entre esses oito anos que estou na rua”. A etapa que a própria humanidade lhe

é negada, é uma das mais cruéis fases que podem existir ao ser humano⁷. Somos seres de interdependência, dos quais necessitam vivenciar momentos de troca com o outro para o crescimento e realização pessoal⁴. As pessoas podem buscar constantemente a realização pessoal, mas se a sociedade as negar, se os transeuntes as desprezarem, se persistir o sentimento de fazer de conta que tais pessoas não existem, a realização pessoal será uma busca inatingível e utópica para toda a sociedade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O maior dilema do ser humano tem sido o de lidar com a dicotomia do eu e do outro, esquecendo que somos seres alicerçados na negação explícita da existência do outro, por meio da indiferença e da exclusão. Infelizmente, convivemos com uma terrível sensação de impunidade por aquele que vive às margens, de onde lhe é recusado os direitos como ser pertencente à sociedade. A população em situação de rua possui características próprias que, em condições miseráveis, encontram meios de sobrevivência em uma sociedade voltada à cegueira humana, que se torna indiferente ao diferente como tentativa de não enxergar o que não lhes agrada, ignorando, assim, a própria condição humana. Recordamos que Morin¹ justifica esse processo como o enfraquecimento da solidariedade que cada um deixou de entender seu laço orgânico com a cidade e os seus concidadãos. Compreendemos que esse enfraquecimento da solidariedade, tem ocorrido em consequência da evolução do mundo capitalista que tem direcionado as pessoas a viver no egocentrismo, mas entendemos ainda que, a solidariedade só poderá existir diante daquilo que me proponho a compreender, enquanto a sociedade persistir em ignorar, excluir e marginalizar o desconhecido (as pessoas em situação de rua), continuaremos a viver o estado bárbaro da incompreensão, que acusa e julga sem mesmo conhecer.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À HOMENS EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Anderson Reis de Sousa, Kelane Borges Rocha de Souza, Marli Luz Santos, Rayanne Cristine da Paixão Santos, Thiago da Silva Santana, Tilson Nunes Mota

Palavras-chave: Prisões, Assistência de Enfermagem, Saúde do Homem

APRESENTAÇÃO: No Brasil existem cerca de 473.636 detentos, em face da dura realidade presente nas unidades prisionais, sendo esta a quarta maior população carcerária do mundo. Para buscar garantir o acesso à saúde e oferecer-lhes ações e serviços de atenção à saúde dentro das unidades prisionais vigora neste país a Política Nacional de Saúde do Sistema Prisional (PNSSP) e como segunda iniciativa, e esta, diretamente focalizada à população masculina, é implantada, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Estudos apontam uma alta incidência de infecções respiratórias, alergias, dores de cabeça, problemas digestivos e várias infecções sexualmente transmissíveis entre a população privada de liberdade. As doenças graves mais comuns entre os presos são a tuberculose e a Aids estimando que cerca de 20% dessa população no Brasil vivem com o HIV. Diante desta problemática, reconheceu-se a necessidade de dispensar atenção à saúde, especificamente nas unidades prisionais, com direcionamento aos agravos de saúde da população masculina, que decorre de problemas importantes geradores de impactos para a saúde pública. **OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivo descrever a assistência de Enfermagem prestada à homens em situação de privação de liberdade. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa

é um método de pesquisa que permite buscar, e ter uma avaliação crítica e aportando uma síntese das evidências disponíveis do tema investigado, com intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de fragilidades que direcionam para o desenvolvimento da assistência e de futuras pesquisas. Nessa perspectiva elaborou-se um revisão integrativa através das seis fases da sua operacionalização, realizando uma busca nas bases de dados científicas do SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde, BIREME, no qual foram pesquisados artigos através dos descritores Prisões, Assistência de Enfermagem, Saúde do homem, buscando captar a totalidade de artigos que abordassem a temática a partir dos critérios de inclusão delimitados em produções nacionais, publicadas nos últimos 15 anos, na íntegra, que apresentassem resultados consistentes, e de exclusão tais como anais de eventos, trabalhos repetidos, manuais, dissertações e teses. **RESULTADOS:** Resultaram desta busca 23 artigos, entretanto apenas 9 correspondia aos critérios, os quais constituem a amostra deste trabalho. Para análise e discussão dos resultados, os artigos foram categorizados em história do sistema penal brasileiro, saúde no sistema carcerário, contextualização do direito à saúde, assistências de enfermagem aos homens privados de liberdade. A partir da análise desses dados foram determinados os enfoques que embasaram as abordagens da assistência de enfermagem aos homens em privação de liberdade. A análise dos artigos sugere resultados evidentes referentes à prática do cuidado e a relação de ajuda que são os princípios norteadores da atuação da enfermagem, e pode ser aplicados à população privada de liberdade. Diante do que foi encontrado, evidencia-se que a produção científica pesquisada é bastante recente, a primeira publicação datada de

2002. Os artigos revelam que a população masculina como predominante nas unidades prisionais, e que deve ser merecedora de atenção entre os profissionais de saúde e que a assistência de enfermagem prestada depara-se com situações em que há espaço físico inadequado, com problemas de iluminação, ventilação e ruído, bem como nas farmácias e sanitários; atuação em climas de tensões, resistência da população prisional em aderir as ações desenvolvidas; limitações das práticas em saúde; desestruturação para receber pessoas com deficiências, particularmente cadeirantes, com mobilidades reduzidas, problemas visuais e idosos; situações incompatíveis com a prática de atividades médicas, de enfermagem e social; distribuição inadequada de enfermeiros e técnicos de enfermagem por números de aprisionados, déficit em treinamentos básicos para execução de algumas atribuições, especificamente ao tratamento de doentes com transtornos mentais; inexistência de fundos mensais o que causa a falta de medicamentos básicos e resultam no comprometimento da saúde do paciente e a falta de equipamento técnico para facilitar o atendimento básico de emergência. No que se refere a presença de materiais, os estudos apontam para a carência em itens como blocos de receituários, materiais de pequenas cirurgias. Quanto as práticas assistenciais desenvolvidas pela equipe de Enfermagem destaca-se a atenção direcionada para o diagnóstico e tratamento das doenças crônicas como diabetes, hipertensão, hanseníase, tuberculose, IST e HIV/AIDS, e em menor escala a aplicação de protocolos assistenciais para o desenvolvimentos das ações. Dessa forma demonstra uma fragilidade da assistência de enfermagem para a população privada de liberdade, tornando quase inexistente, uma vez que realizada sua prática atrelada a condições precárias devido a vulnerabilidade

do sistema penitenciário brasileiro que historicamente são marcados por superlotação, alimentação insuficiente, insalubridade, péssimas condições sanitárias, ausência de assistência à saúde, jurídica, educacional e profissional aumentando assim a sua vulnerabilidade as doenças. Não foi evidenciado nos estudos a realização de ações de educação para a saúde, que se transversalizem por outras temáticas, tais como sexualidade, higiene, paternidade, planejamento familiar, resolução de conflitos, ressocialização e autocuidado. Também não foi evidenciado os instrumentos para a realização da assistência, tais como a consulta de enfermagem, dispositivos gerenciais e educacionais. No entanto, a equipe de enfermagem torna-se indispensável, pois contribui para o resgate das condições biopsicossociais, que trazem reflexos na melhoria da qualidade de vida e saúde dessa população, minimizando discriminações, iniquidades, negação do acesso à saúde, e promovendo o respeito, integralidade, universalidade, equidade e garantia dos direitos sociais, éticos e legais. Evidenciou-se que a luta pelos direitos humanos e cidadania das pessoas privadas de liberdade vem se fortalecendo, especialmente por meio da atuação de movimentos sociais, com o enfoque voltado para a redução das desigualdades. Assim, as equipes de saúde terão o desafio de interferir no cotidiano da desassistência, tendo por base padrões humanos e prevenção da saúde que se traduzem em ações tecnicamente competentes e socialmente apropriadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nota-se que a saúde da população masculina privada de liberdade configura-se em uma problemática discussão que necessita ser explorada, e que tem se tornando uma questão de saúde pública, na qual a própria condição de confinamento dos detentos representa uma oportunidade singular para a implementação

de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para esse segmento da população, que, em geral, tem menos acesso aos serviços de atenção à saúde. Para desenvolver as ações, os profissionais de enfermagem possuem papel fundamental, visto que, como integrantes da equipe de saúde, desenvolvem atividades ações no âmbito individual quanto coletivo, visando desde a promoção da saúde e prevenção de doenças, até ações técnicas e assistenciais que serão fundamentais para se alcançar as metas da PNSSP e superar as principais patologias que fomenta e agravam a saúde prisional. Assim compreendemos que o cuidador de enfermagem inserido em uma organização que presta serviço ao 'outro' é responsável pela qualidade do atendimento que é dispensado ao ser cuidado e, para tal, deve empenhar-se e oferecer-lhe o melhor de si para assegurar um cuidado humanizado, a efetivação do papel da enfermagem se estabelece como primordial e única para a implementação do novo modelo assistencial de saúde, cujo olhar está voltado para a saúde e não para a doença, e cujo foco é o indivíduo inserido em um contexto social.

CIDADANIA SEXUAL, JUSTIÇA DE GÊNERO E DEMOCRACIA ÍNTIMA NA ADOLESCÊNCIA

Helena Maria Campos, Maria do Carmo Fonseca, Cláudia Gersen Alvarenga Paiva, Isabella Campos de Araújo, Yago Freire Ferreira, Marianna Campos Assis

Palavras-chave: adolescência, equidade de gênero, democracia íntima, saúde sexual

APRESENTAÇÃO: A Adolescência é uma fase da vida marcada pela passagem da infância para a idade adulta, com transformações físicas, psicológicas e sociais, vivenciada de formas diferenciadas em cada sociedade,

num determinado tempo histórico. A sexualidade é uma dimensão fundamental da vida, principalmente nessa fase da vida, pois envolve práticas e desejos relacionados à afetividade, prazer, amor e à saúde (Brasil, MS, 2007). Gênero é um papel social que se constrói por aproximação ou oposição a grupos de referência, tomando como base o binômio homem/mulher, reproduzido a partir de normas e expectativas sociais. A conquista da cidadania sexual, compreendida como "o reconhecimento e usufruto de um conjunto de direitos relacionados com a sexualidade" (Santos, 2005, p.57) promove saúde sexual e relações amorosas democráticas. Garantir equidade de gênero e direitos sexuais propicia o exercício do direito à saúde e da cidadania sexual, defendidas como direitos humanos. No presente estudo, propõe-se a ideia de justiça de gênero, ainda não existente na literatura [1], questionando-se o regime de gênero e as relações de poder, desconstruindo papéis sociais impostos e hegemônicos, buscando a equidade e a democracia íntima. O objetivo geral é compreender as vivências afetivas e sexuais, as relações de gênero, o conhecimento sobre direitos sexuais entre adolescentes para subsidiar estratégias educativas emancipatórias que promovam cidadania sexual, justiça de gênero e saúde sexual. METODOLOGIA: Esta pesquisa se caracteriza como qualitativa, busca-se compreender e desvendar os significados e sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos, as relações que estabelecem, correlacionando-os ao contexto sócio histórico em que se inserem e às teorias que fundamentaram as interpretações, utilizando uma ótica multidisciplinar, articulando os saberes da sociologia, da filosofia e da psicologia sobre adolescência, sexualidade e relações amorosas na contemporaneidade (Flick, 2004; Turato, 2005; Minayo, 2008; Deslandes, 2002, 2007; Silverman, 2007;

Bauer, Gaskell, 2007). A população de estudo configura-se com adolescentes, de 14 a 19 anos, alunos de escola pública em Belo Horizonte. Definiu-se por esse público por se acreditar que a adolescência é uma fase crucial do desenvolvimento humano, momento de reedição da identidade, além de influenciar futuros laços afetivos. O número de participantes é definido pelo critério de saturação (Fontanella, Ricas, Turato, 2008) tendo por base a sustentação das informações. A primeira etapa do percurso metodológico se constitui de estudos e revisão da literatura. A segunda etapa designa-se pela pesquisa de campo, com coleta de dados através entrevistas individuais, utilizando um roteiro semiestruturado, com questões que buscam compreender e desvendar os significados e sentidos que atribuem aos fenômenos, tais como relações afetivo-sexuais, equidade de gênero, direitos sexuais, correlacionando ao contexto sócio histórico em que se inserem. As entrevistas são gravadas com consentimento dos participantes, posteriormente transcritas, preservando a identidade dos estudantes. Para a interpretação das informações optou-se pela análise de conteúdo através do estabelecimento e descrição de categorias analíticas (Bardin, 1977; Bauer, 2007). Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ sob o parecer N^o 986.929. RESULTADOS PRELIMINARES: Esta investigação ainda está sendo desenvolvida, por isso apresentar-se-á os resultados focando-se na discussão teórica. O campo da sexualidade e dos direitos sexuais é bastante fecundo, encerra tensões e múltiplas perspectivas, envolve conceitos bastante discutidos como liberdade, gênero, respeito às diferenças, relações, dignidade humana e direitos humanos (Heilborn, 2006; Minayo, 2011). A sexualidade é um campo fecundo de possibilidades e ao

mesmo tempo polêmico, porque emerge da experiência social, na forma de práticas e saberes, possibilitando, a construção do lugar do eu e do outro. Neste sentido, a sexualidade seria uma invenção social ao se constituir historicamente a partir dos discursos que normalizam, regulam e constituem saberes e verdades sobre o que é o sexo, o feminino, o masculino e toda a imensa rede que os envolvem (Foucault, 1985; Louro, 2001). Em uma sociedade capitalista, caracterizada por uma lógica de mercado, a desigualdade e iniquidades nas relações de gênero, as relações de poder e a ameaça frequente de violência e coerção dificultam ou muitas vezes impossibilitam a negociação de práticas sexuais mais seguras e a garantia da equidade e dos direitos sexuais, conseqüentemente os direitos humanos dos adolescentes. Apesar de alguns avanços, os direitos sexuais assim como a equidade de gênero não atingiram os níveis preconizados, indicando a necessidade de maior atenção por parte dos governos e da sociedade em geral (Dixon-Muller, 1984; Ventura, 1999, 2004; Armas, 2008; Rios, 2008). Há ausência de espaços de diálogos abertos e reflexivos sobre sexualidade, sobre as relações afetivo-sexuais e sobre os direitos sexuais com os adolescentes, como também falta serem considerados como sujeitos de direitos, protagonistas do processo e autores da própria vida (Campos, 2011; Leite, 2012). Há fortes indícios de que muitos sofrimentos relatados pelos adolescentes estejam relacionados às iniquidades de gênero e injustiças cognitivas e sociais, decorrentes do mundo capitalista, onde as trocas, inclusive as afetivas, ficaram cada vez mais mercantilizadas. Destaca-se a crítica à razão indolente presente na nossa sociedade ocidental, que se baseia na simetria dicotômica, que esconde sempre uma hierarquia, por exemplo: homem/mulher; norte/sul; cultura/natureza, branco/negro e

outros binômios que contraem o presente, porque desconsideram algumas realidades e experiências e não valorizam a diversidade (Boaventura Santos, 2007). Nessa pesquisa se priorizou a ampliação do conhecimento sobre as relações entre homens e mulheres, introduzindo “uma corrente quente” na racionalidade, para construir uma “teoria da união e não da separação” que abranja relações compreensivas e amorosas. Geralmente as críticas recaem sobre a pretensa universalidade de direitos e a existência de desigualdades entre homens e mulheres no que diz respeito aos direitos de cidadania. Consideramos necessário ir além, garantir o direito de ser igual quando um estiver em situação de inferioridade, mas também o direito do reconhecimento da diferença quando a igualdade descaracterizar. É preciso descolonizar as relações e reinventar a emancipação, substituir as relações de poder por relações democráticas, com autoridade compartilhada, o que estamos denominando de justiça de gênero. Face à histórica desigualdade da mulher e também à discriminação sofrida pelos adolescentes a luta por justiça de gênero para esses grupos deve ser mais intensa. Aposta-se na ecologia de saberes e em estratégias educativas emancipatórias compartilhadas com os adolescentes, que promovam diálogos criativos entre os saberes científicos e os saberes não-científicos, que ampliem a compreensão dos fenômenos e potenciem ações coletivas de luta por cidadania sexual e justiça de gênero. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conhecer o mundo adolescente e criar estratégias educativas que propiciem a cidadania sexual e a justiça de gênero pode favorecer o potencial de resiliência, promover a saúde sexual e garantir direitos humanos. Ressaltam-se a necessidade de realizar uma tradução recíproca com os participantes da pesquisa, buscando inteligibilidade dentro do contexto onde

vivem, levando-se em conta suas singularidades e potencialidades para conquistarem direitos humanos, particularmente os direitos sexuais, superando o enfoque biomédico e os padrões heteronormativos da sexualidade, numa perspectiva contra-hegemônica, para conquistar cidadania sexual e justiça de gênero. Nesse sentido, considera-se relevante a discussão sobre o sistema relacional entre homens e mulheres, onde persistem as relações de poder patriarcais e a construção de uma abordagem que considere a relação entre democracia, cidadania, direitos humanos e direitos sexuais, bases para um modelo de compreensão dos direitos sexuais denominado de direito democrático da sexualidade. 1 Na literatura encontra-se os termos Justiça social, Justiça cognitiva (Boaventura Santos, 2007; Nunes, 2008); Justiça Sanitária (Nunes, 2009); Justiça ambiental (Porto, 2009; 2011).

CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Rosana Alves de Melo, Tâmara Requião Peralva

Palavras-chave: Violência doméstica, Conhecimento, Enfermeiros, Emergência hospitalar

APRESENTAÇÃO: A violência é considerada um problema histórico que está presente desde o momento que a vida coletiva se desenvolveu, em que o homem criou formas de controle do meio e dos seus semelhantes, e faz parte de todos os contextos, permeando as relações em todas as classes sociais e étnicas. Dessa forma, é considerado um problema de saúde pública, que também acomete a economia mundial, interferindo nas despesas anuais da saúde, além de provocar a morbimortalidade da

população, acarretando em dor, sofrimento e traumas. Dentre os mais diversos tipos de violência existente, a violência doméstica está bastante presente nos lares e tem o potencial de causar um impacto significativo na vida de todos os membros da família, mesmo que não deixe marcas visíveis. Pode ser definida como aquele tipo de violência que ocorre no espaço domiciliar, sendo causada por integrantes da própria família e por aqueles que não tenham um laço consanguíneo. É um tipo de violência que acomete mais crianças, adolescentes, mulheres e idosos, e em menor proporção os homens. É importante destacar que todos os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica devem ser notificados, no intuito de favorecer a proteção dos indivíduos que vivem em situação de violência, bem como de suas famílias. O atendimento no setor de emergência ao indivíduo em situação de violência é o primeiro contato deste com uma unidade hospitalar, onde deverá ocorrer o cuidado inicial e, diante das necessidades do indivíduo, deve haver uma abordagem adequada pela equipe multiprofissional, o que inclui a assistência de enfermagem. Isso possibilita a intervenção precoce e os devidos acompanhamentos necessários e encaminhamentos à rede de proteção. O profissional enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, tem a função de auxiliar na assistência dos casos existentes, prestando uma assistência integral e resolutive, o que poderá favorecer a quebra do ciclo da violência. Sua intervenção envolve o contato imediato, exigindo um atendimento humanizado e imparcial diante dos seus sentimentos, em meio à necessidade de solucionar o problema do indivíduo. O conhecimento e as estratégias adotadas, frente aos casos de violência doméstica, são cruciais para a condução dos casos, e isso envolve a necessidade do profissional enfermeiro ter conhecimento abrangente a respeito da temática,

com uma visão assistencial integral, interdisciplinar, holística, humanizada e contextualizada, para que possa acolher, assistir e direcionar as pessoas em situação de violência. **OBJETIVO:** Assim, levando em consideração as diversas atribuições do enfermeiro nesse contexto, bem como a importância das práticas assistencialistas de sua responsabilidade, o presente estudo objetivou analisar o conhecimento do profissional enfermeiro que atua nos serviços de emergência hospitalar, sobre violência doméstica, bem como os diversos aspectos que a envolve esse fenômeno. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido no setor de atendimento de emergência de três hospitais públicos de Petrolina/PE e Juazeiro/BA, que incluía atendimento de crianças, adolescentes, adultos e idosos. Duas delas eram instituições de médio, e uma de grande porte. Os participantes do estudo foram enfermeiros que atuam no serviço de emergência das instituições supracitadas, que foram entrevistados no mês de maio de 2015, tendo como critério de inclusão estar atuando nesse setor há pelo menos seis meses, não necessitando, assim, possuir pós-graduação na área, no momento da entrevista. A coleta de dados se deu através de entrevista semiestruturada, em local reservado e no momento que fosse oportuno para o entrevistado, de forma assegurar sua privacidade e, ao mesmo tempo não comprometer o desenvolvimento de suas atividades profissionais. Esta pesquisa foi previamente autorizada pelas instituições envolvidas, através da assinatura da carta de anuência. Posteriormente foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade de Pernambuco, com aprovação em março de 2015, através do Parecer Nº 971.832. A análise de dados se deu através da técnica de análise de conteúdo temática, que é um método

que prioriza o estudo da frequência das características presentes na mensagem, com extremo rigor científico; e propõe a análise das características ausentes da mensagem. RESULTADOS: De acordo com o resultado dessa pesquisa, podemos observar que o profissional enfermeiro consegue, em sua maioria, descrever o que é violência doméstica, porém, nem sempre essa percepção resulta no entendimento dos tipos de violência domésticas existentes, assim como no reconhecimento de quem pode ser ou não agredido, acreditando que somente as mulheres são passíveis de sofrer violência nos lares. Também foi referido pela maioria dos entrevistados que os sentimentos de pena, raiva, desprezo e medo, despertados diante dos casos de violência doméstica assistidos, bem como o desconhecimento de como proceder diante desses casos, são fatores que limitam a realização da notificação, e de um atendimento humanizado e efetivo. A maioria associa a falta de conhecimento técnico científico a uma formação acadêmica deficiente nesses aspectos. Os resultados também nos mostrou que os profissionais entrevistados reconhecem a violência doméstica como é um problema expressivo na nossa sociedade, e mesmo existindo uma rede de proteção e diversos direitos a proteção dos indivíduos, é um fenômeno que afeta e deixa muitas sequelas físicas e emocionais, e que está presente dentro e fora dos lares, independente de questões socioeconômicas, culturais e étnicas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Para que haja um atendimento eficiente e eficaz por parte dos profissionais envolvidos na atenção aos indivíduos em situação de violência doméstica é necessária uma política de responsabilidade institucional, respaldando o profissional para a realização dos diversos protocolos necessários aos encaminhamentos a rede de proteção, o qual defina claramente o papel de cada

membro, instituição, órgão governamental, setores da sociedade civil e profissionais no atendimento e prevenção da violência, para que assim se construa uma rede hierarquizada, articulada e contínua de ações, assim como para a notificação dos casos. O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, necessita estar apto a prestar uma assistência de qualidade, tendo com preparo técnico-científico para atuar tanto no cuidado quanto na prevenção dos casos de violência, devendo estar atento para tais situações e promover a existência e/ou integrar as redes de atendimento locais. Diante disso, se faz necessário a inclusão do tema violência em todas as discussões, desde o momento da graduação, considerando que os profissionais em formação, possam atender e conduzir os casos em suas práticas diárias, sem envolvimento emocional, já que a violência se faz presente em todas as sociedades, nos diversos contextos, e atingindo todos os indivíduos, diretamente ou indiretamente. Esperamos que este estudo contribua para a reflexão sobre a temática da violência doméstica, embora saibamos que esse assunto não se esgota com os resultados dessa pesquisa, pelo contrário, esse foi apenas o recorte possível nesse momento e novos e mais aprofundados estudos precisam ser realizados como subsídio aos profissionais de saúde na prevenção e solução da violência doméstica, que atinge todos os indivíduos.

DIFICULDADES NO RECONHECIMENTO DO SUICÍDIO POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Anderson Reis de Sousa, Luana Santos Braz Rocha, Luzia Fernanda Borges Miranda, Sandra Maria Lôbo Macêdo Pereira, Thiago da Silva Santana, Tilson Nunes Mota

APRESENTAÇÃO: A cada ano, cerca de um milhão de pessoas morrem por suicídio no mundo, o que constitui uma importante questão de saúde pública e para além dos números, o impacto psicológico e social em uma família e na sociedade é inatingível. O suicídio é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um ato intencional do indivíduo para extinguir sua própria vida. E vários fatores podem estar associados como, tentativas anteriores de suicídio, transtornos mentais como a depressão, transtornos por uso de álcool e outras drogas, ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sócio demográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional. Algumas tentativas de suicídio são vistas como manifestações históricas e essa percepção desencadeia atitudes hostis e desumanizadas por parte da equipe de saúde, particularmente quando o risco de vida é mínimo ou nulo. Estas posturas acarretam em condutas assistenciais inadequadas e mesmo a desatenção dos casos ocorridos. Santos afirmam que a interpretação dos comportamentos suicidas, por parte dos profissionais de saúde, revela-se muito importante para determinar a atuação junto dos indivíduos, no que respeita ao atendimento hospitalar e ao posterior encaminhamento. Os sinais indiciários da seriedade da intenção suicida, tais como a comunicação prévia de que iria ou vai se matar, mensagem ou carta de adeus, planejamento detalhado, precauções para que o ato não seja descoberto, ausência de pessoas por perto que possam socorrer, tudo isso revela que quem quer cometer o suicídio apresenta alguns sinais anteriormente. É importante salientar que atitudes estigmatizantes influenciam negativamente a atenção e o tratamento recebidos pelos pacientes e, além disso, têm impacto na psicologia de receptor e no seu bem-estar, atuando

como obstáculo considerável para a busca de ajuda, acesso ao tratamento, adesão e eficácia do mesmo. Objetivo: Descrever as dificuldades no reconhecimento do suicídio por profissionais de Enfermagem. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, que propõe uma compreensão particular e profunda dos fenômenos sociais em questão. O campo empírico desta pesquisa teve como cenário de estudo um hospital público do município de Feira de Santana, Bahia. As participantes que compuseram este estudo foram 14 profissionais que fazem parte da equipe de Enfermagem, sendo elas 08 técnicas e 06 enfermeiras, que atuavam em unidades de emergência do hospital mencionado. Foi utilizada como técnica para coleta de dados a entrevista semiestruturada, e para o tratamento do material empírico foi adotada a análise de conteúdo temático proposta por Bardin. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, observando-se os preceitos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos. Os dados foram coletados no mês de Maio de 2015. As entrevistas foram realizadas durante os plantões, nas instalações próprias da unidade. As mesmas foram gravadas e transcritas após apresentação da atividade proposta e autorização do entrevistado. Para a sua operacionalização o projeto de pesquisa fora submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre de Feira de Santana, sob o parecer de nº CAAE: 42053415.8.0000.5654, respeitando a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe das normas e diretrizes regulamentadoras para pesquisas em seres humanos. Resultados: A principal dificuldade percebida durante o relato dos entrevistados foi a dos profissionais em identificar os sinais associados ao suicídio, devido ao subjulgamento inerente ao atendimento, que por vezes

os profissionais tendem a apresentar uma certa incompreensão em relação à pessoa que tentou o suicídio. Ao analisar a fala das entrevistadas percebeu-se que há um subjulgamento das mesmas em relação ao ato cometido pelos pacientes. Ao considerarem que supostamente as ações cometidas seriam mais uma forma para “chamar atenção”, demonstra as fragilidades no processo de identificação de uma tentativa de suicídio. Tais posicionamentos acarretam em condutas assistenciais inadequadas e mesmo a desatenção dos casos ocorridos. Os profissionais de enfermagem demonstraram dificuldade na compreensão do reconhecimento dos sinais que levam os indivíduos a cometerem suicídio a partir de uma concepção ampliada, que consideram como relevante para este reconhecimento, os elementos representativos e precipitadores, uma vez que estes indivíduos encontra-se em situação de suicídio. Outra problemática enfrentada pelos profissionais no momento do atendimento a pessoa vítima de suicídio, é a questão da estigmatização a estas. Esta dificuldade então, se torna expressiva ao considerar as falas que traduziam conceitos preconceituosos e naturalizadores do fenômeno da violência. Ficou evidenciado no estudo a presença de preconceitos e julgamentos, não havendo a compreensão de que esse problema pode desencadear uma depressão, e gerar novas tentativas por parte do indivíduo, podendo conseguir com êxito finalizar com a vida. Isso demonstra o quanto os profissionais que se encontram nas grandes emergências hospitalares estão despreparados para lidar com tais situações, e o quanto essas atitudes podem prejudicar na assistência prestada. Portanto, é de significativa relevância que os profissionais de enfermagem, possuam adequada informação a respeito do suicídio e dos comportamentos que estão diretamente relacionados a ele, para que de

fato uma assistência mais acolhedora possa ser implementada. Foi possível identificar também, dificuldade na condução dos casos, bem como fragilidades no processo assistencial prestada pela equipe de enfermagem, uma vez que a concepção de dificuldade para estas profissionais está associada ao nível de comprometimento das vítimas. Com isso é importante que este profissional esteja capacitado, para que possa estar atento as expressões, pois simples gestos, olhares ou palavras podem ser interpretados pelo outro como ameaçadores. Outro fato importante a ser considerado é a questão da sobrecarga de trabalho por parte dos profissionais da emergência, a desarticulação entre os setores intra-hospitalares, ausência de leitos e dificuldades nas transferências para serviços e setores mais especializados, e poderão comprometer a qualidade da assistência prestada. Faz-se perceber comportamento suicida necessitam de uma assistência mais individualizada, intensa e que elas tentam prestar essa assistência mais completa, capaz de assistir esses pacientes na sua totalidade. Considerações Finais: O estudo evidenciou que os profissionais ainda desconhecem os sinais do comportamento suicida, não valorizam as demandas expressas pelos pacientes com comportamentos suicidas e enfrentam dificuldades na condução dos casos, negligenciando a complexidade da problemática. Sendo assim torna-se relevante discutir a problemática a fim de promover reflexões e mudanças de condutas. É importante enfatizar que o trabalho em equipe proporciona um atendimento individualizado, uma discussão mais detalhada do caso, aprofundamento nas causas associadas ao suicídio, como forma de promover um enfrentamento da problemática, conferindo resolubilidade a outras questões que não se resumem as afecções de ordem física. Dessa forma, uma

atuação pautada nessas premissas abrange as intervenções técnicas e interação entre a equipe multidisciplinar de maneira a coordenar seus planos de ação.

DISCURSOS DE MULHERES NEGRAS SOBRE SUAS VULNERABILIDADES DE SAÚDE – TRANSVERSALIDADES POR GÊNERO E ETNIA

Roseana Maria Medeiros, Patrícia Carla Schmidt

Palavras-chave: Mulheres Negras, Vulnerabilidades de Saúde, Gênero/Etnia

Vulnerabilidades de saúde de mulheres negras são questões fundamentais no contexto sócio-político-histórico e de saúde no Brasil. A relevância repousa em aspectos genético/hereditários, mas em especial, em questões político sociais. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Ministério da Saúde, 2013) é um modo para se compreender algumas razões sobre a saúde da população negra já que se propõe a ações que superem diferenças de atenção integral a esta população. Estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. O objetivo foi analisar o que as mulheres negras sabem ou não sobre suas vulnerabilidades de saúde. Os dados foram coletados em 2014 em Erechim/RS. Participaram mulheres com idade superior a 18 anos com critério de inclusão: ser negra ou parda. A pesquisa foi aprovada pelo CEP - URI Erechim/ CAAE 27972114.6.0000.5351. A apreciação dos dados se deu pela Análise de Discurso. Os resultados mostraram ausência de repertórios e apontaram para a necessidade em superar subjetividades nas relações saber-poder entre mulheres negras e profissionais de saúde.

DO OPERÁRIO AO BANDIDO: A PRODUÇÃO SOCIAL DE MASCULINIDADES NO CAMPO DA SAÚDE

Helen Barbosa Barbosa dos Santos dos Santos, Henrique Caetano Nardi

Palavras-chave: masculinidades, violência, saúde do homem

Tendo em vista que o campo das masculinidades é uma temática bastante atual e com escassa bibliografia, objetivamos traçar uma perspectiva genealógica de como foram se constituindo os distintos arranjos de masculinidades a partir de diferentes marcadores de poder. Assim, para uma atualidade tangível a ser problematizada, buscaremos situar as distintas produções sociais de masculinidades no interior do dispositivo da medicalização, a partir de variadas conjunturas históricas do Brasil, bem como analisar a forma como se deu o acesso ao cuidado em saúde de homens tornados inteligíveis, a partir de sua inscrição em masculinidades circunscritas como legítimas ou ilegítimas no país. Ressalta-se que a medicalização dos corpos não passa apenas pelo campo da saúde, mas insere-se como um dispositivo de poder transversal a outros dispositivos, como da segurança, do trabalho e da sexualidade, o que nos leva em direção a traçar as principais estratégias de regulação sobre os corpos masculinos. Inspirado em estudo dissertativo, formulamos a seguinte questão: Que marcações de poder possibilitaram para certas masculinidades terem determinados acessos ao cuidado em saúde? No que concerne ao corpo social na história da saúde do Brasil, distintos arranjos de masculinidades foram produzidos no interior do dispositivo da medicalização; masculinidades tanto legitimadas na vida política e social como homens infames, ou seja, corpos inúteis e

danosos ao país. Homens negros, pobres, de 14 a 24 anos de idade. Apesar da centralidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2009, que foi impulsionada pela Sociedade Brasileira de Urologia e teve sua centralidade na neoplasia de próstata, a maior causa de morbimortalidade são as causas externas. Estes homens, marcados pela interseccionalidade de cor, raça e classe social, são os mais atingidos. O mapa da violência de 2010 registrou, conforme Waiselfisz (2011) 49.932 homicídios registrados pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do DATASUS, sendo que 45.617 pertenciam ao sexo masculino (91,4%) e 4.273 ao feminino (8,6%). Historicamente, essas proporções não têm mudado de um ano para outro. Redundantemente, o caráter totalizador de descrição dos corpos que fizeram história no Brasil, sempre descritos gramaticalmente no masculino, silenciou sobre os modos como os sujeitos foram capturados pelo dispositivo da medicalização no Brasil. Mas quando a perspectiva do debate nas pesquisas sobre a saúde no Brasil transversaliza o debate sobre a generificação dos corpos em determinadas conjunturas, é o corpo feminino que costuma entrar em análise (AQUINO, 2011). E apesar das masculinidades estarem sempre em estado de fluidez, de deriva (SEFFNER, 2003), naturaliza-se o masculino atribuído às características fixas pelas normas de gênero a partir da dinâmica da dominação, da agressividade. Nesta senda, partimos da Analítica Queer, que conforme Miskolci (2009) faz uma crítica aos discursos hegemônicos na cultura ocidental, pois dissolve a noção dos sujeitos sexuais como estáveis para focar nos processos classificatórios, hierarquizadores que normalizam os comportamentos. Butler (2008), afirma que não há sexo que não seja já desde sempre gênero. Todos os corpos são generificados desde o começo de sua existência social (e não há existência que

não seja social); significa que não há “corpo natural” preexistindo à sua inscrição cultural. Isso aponta para a conclusão de que gênero não é algo que alguém é, é algo que alguém faz em ato, ou mais precisamente, uma sequência de atos, um “fazer” em vez de um “ser. A história foi escrita por homens, mas durante grande parte do século XX, a historiografia brasileira caracterizou-se por um discurso que exaltava os “grandes homens” (heróis desta história) e julgava e desqualificava homens que eram produtos de nosso contexto social, mas que foram transformados em culpados pelo atraso do país (escravos, miscigenados, degenerados). Neste sentido, Matos (2001) questiona que eventos e personagens históricos foram invisibilizados para construir-se uma memória preponderante no país. Ademais, o espaço público foi e ainda é tratado pela historiografia tradicional como espaço de construção e fortalecimento da nação, realizado preponderantemente por mentes e braços masculinos, em diversos momentos históricos. Lobo (2008) retoma esta expressão do autor, em estudo sobre a produção social de corpos degenerescentes no Brasil: “Existências infames: sem notoriedade, obscuras como milhões de outras que desapareceram e desaparecerão no tempo. (...)”. Porém, sua desventura, sua vilania, suas paixões alvos ou não de violência instituída, sua obstinação e sua resistência encontraram em algum momento quem as vigiasse, quem as punisse, quem lhes ouvisse os gritos de horror, as canções de lamento ou manifestações de alegria.” (LOBO, 2008, p.17). Parafrazeando Foucault em seu livro “Em defesa da sociedade”, questiona-se: que vidas importaram serem vividas para a nação brasileira? Os “(...) corpos que importam”, os “sujeitos aceitos (...)”, (LOURO, 2004, p.15) são aqueles que obedecem a normas regulatórias. Aqueles que oscilam, hesitam, inventam novos caminhos e ousam trilhá-los são suspeitos, no limite, descartáveis, restos. Explorando a

história da saúde no Brasil, percebemos que os homens já eram objeto de medicalização nos diversos contextos históricos. Carrara (2009) já havia indicado que os homens eram foco da medicalização em território circunscrito, como bordéis, casas de jogos, botecos. No Brasil, sabemos que antes da emergência do SUS, somente trabalhadores de carteira de trabalho assinada tinham garantidos certos direitos de acesso à saúde. O controle da força de trabalho pode ser considerado como o primeiro alvo de atenção do biopoder em relação ao masculino. Assumir o caráter de problematização, ao tomar as peculiaridades de produção social das masculinidades no campo da saúde, é recontar a história dissolvendo a veracidade naturalizada dos fatos. É perceber o caráter indissociável da relação gênero, raça, classe, geração na construção da versão brasileira da medicina social. Nossa análise apontará para as condições de possibilidade que conduz determinadas masculinidades ao campo da abjeção por meio da marcação racial. Veremos que o racismo científico vai esquadrihar os sujeitos saudáveis e perigosos (vagabundos desviantes sexuais, criminosos), bem como definir a doença pela herança hereditária. Historicamente, o dispositivo do trabalho também se configura como estratégia de poder fundamental para disciplinar o corpo social masculino e torná-lo coerente às propostas biopolíticas do Estado. Contudo, percebe-se que as masculinidades transitam pela linha limítrofe entre a produção social de masculinidades que ocupam o lugar da norma e os corpos infames, representados pela identidade segmentarizada do trabalhador e do vagabundo. Logicamente, diversas nuances escapam a esta prescrição binarizada do modelo ideal de masculino e o seu oposto. Assim, demarcamos o caráter indissociável da relação gênero, raça, classe, geração na construção da versão brasileira da medicalização das masculinidades.

FATORES RELACIONADOS À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR SEU PARCEIRO ÍNTIMO

Kerle Dayana Tavares de Lucena, Alisson Cleiton da Cunha Monteiro, Hemílio Fernandes Campos Coêlho

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Gênero, Qualidade de Vida

APRESENTAÇÃO: A violência perpetrada contra as mulheres acompanha a humanidade em seu percurso histórico, apresentando diferentes conteúdos e formas nas diversas sociedades, de acordo com a variação do padrão de valores culturais que influenciam os juízos éticos de cada uma delas. Este tipo de violência se concretiza frequentemente no domínio privado, e o lar que em outras situações seria a referência de refúgio e proteção, nestes casos, configura-se como local privilegiado para a prática e a ocultação da violência. O risco de uma mulher sofrer algum tipo de agressão dentro da própria casa pelo seu companheiro é quase nove vezes superior ao risco de ser agredida na rua. Os dados sobre a violência doméstica contra a mulher no Estado da Paraíba e no município de João Pessoa não estão organizados em um Banco de dados que facilite o trabalho dos pesquisadores e oriente as autoridades a tomar decisões que possam prevenir e/ou minimizar os efeitos da violência contra a mulher. Além disso, os dados existentes na Secretaria de Segurança Pública do Estado da Paraíba não coincidem com os dados existentes na Secretaria de Saúde do Município sobre o tema em questão, razão pela qual esta proposta de investigação adquire também relevância. A mulher apresenta problemas e necessidades singulares de saúde, diferentes dos demais grupos que compõem a esfera social. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a vulnerabilidade feminina frente

a certos agravos está mais relacionada com as questões de gênero, como a situação de discriminação na sociedade, do que com fatores biológicos. Nesse contexto, é preciso identificar outros fatores relacionados à violência contra a mulher, bem como aprofundar discussões acerca do impacto desse fenômeno na vida das mulheres e da sociedade. Ainda são necessários estudos para investigação desse evento nas comunidades urbanas e, sobretudo sobre a influência deste na qualidade de vida para obtenção de informações inéditas que podem ser utilizados para o planejamento de ações governamentais e para gerar indicadores de comparação entre as diversas comunidades, regiões e países. OBJETIVO: investigar os fatores relacionados à violência contra a mulher perpetrada por seu parceiro íntimo. METODOLOGIA: trata-se de um Inquérito de base populacional, transversal, exploratório, descritivo. A unidade de análise foram os domicílios no município de João Pessoa-PB. O estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2013 a dezembro de 2015. RESULTADOS/IMPACTOS: essa pesquisa é fruto de uma tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba. O termo gênero é definido como a construção social do sexo e se diferencia da variável sexo porque esta refere-se à dimensão biológica da caracterização anatomo-fisiológica dos seres humanos, reconhecida como essencial e inata na determinação das distinções entre homens e mulheres. O campo de estudos de gênero consolidou-se ao final da década de 1970, com o fortalecimento do movimento feminista e desde essa época vem sendo incorporado pela academia, nas diversas áreas de pesquisa, a fim de discutir e analisar a condição do homem e da mulher na sociedade à luz das desigualdades entre os sexos. Diante do exposto, e considerando os processos de trabalho como um dos pilares que dão suporte ao conceito da categoria

modelo de assistência argumenta-se que, o trabalho que qualifica a atenção à saúde da mulher, na perspectiva de gênero, precisa superar o modelo de atenção limitado à reprodução biológica que ainda caracteriza a maioria dos processos de trabalho das práticas em saúde da mulher, mantendo-se fiel à concepção positivista de ciência. A superação desse modelo implica, além de anunciar novas intenções, concretizá-las, para o que urge rever seu processo de trabalho posto que, na perspectiva da emancipação da opressão das mulheres o saber crítico sobre a situação de opressão que a abordagem de gênero encerra. Com base nessa pesquisa verificou-se que existe associação entre a violência de gênero e a qualidade de vida urbana das mulheres. O estudo fez uma associação entre o questionário WHOQOL-BREF e o da OMS Who Way Study. São considerações fatores de risco para suscetibilidade à violência doméstica contra a mulher: relações sociais fragilizadas; sofrimento psíquico e domínio cognitivo. Em relação às consequências da violência na vida e saúde das mulheres, a violência impacta significativamente a saúde física, mental e social das mulheres por ela vitimizadas. Problemas como hipertensão arterial, doenças cardíacas, transtornos da ansiedade, distúrbios do sono e alimentação, depressão, stress, acidente vascular encefálico, paralisia facial, e comprometimentos da sexualidade foram referidos pelas participantes dos estudos como consequências diretas da violência sobre a saúde e a vida social das mulheres participantes do estudo. Ressalta-se a necessidade de preparo dos profissionais de saúde para lidar de forma sensível e eficaz com as mulheres vítimas de violência que buscam os seus cuidados. Assinalam também que seu enfrentamento não deve ser centralizado no tratamento de suas consequências, mas na sua prevenção primária. Atualmente, o modelo de atenção tendo como centro

a família coloca os profissionais de saúde em posições estratégicas que permitem o desenvolvimento de mecanismos que possibilitem a conscientização e o empoderamento das mulheres para desconstruir a desigualdade estabelecida e reconstruir relações equitativas de gênero. CONSIDERAÇÕES FINAIS: por sua complexidade, a violência doméstica ainda representa um desafio para o setor saúde. Entre as dificuldades para superar tal desafio encontram-se os obstáculos para o seu diagnóstico, tais como os fatores de ordem cultural, a falta de orientação dos usuários e dos profissionais de saúde, fazendo parecer que ambos os grupos de sujeitos envolvidos têm receio em lidar com os desdobramentos do fenômeno. A violência contra a mulher é um tema que se refere às relações sociais que pretendem sua dominação e submissão constituindo assim, um tipo de relação social de poder. Por ser produzida nas relações sociais, ou seja, na dinâmica política e histórica das sociedades, ela é percebida na atualidade, sobretudo, como desigualdade de gênero. Ressalta-se que apenas a igualdade de gênero não é suficiente para igualar socialmente as mulheres, mas, ela pode ser um começo para a emancipação das mulheres, pois desigualdade de classe é flagrante quando pensamos no enorme contingente de mulheres sem acesso à informação, ao conhecimento e aos espaços qualificados do mercado de trabalho. Essas mulheres constituem a maior parte da demanda dos serviços públicos de saúde e é nesses locais que buscam o acolhimento e a atenção às suas necessidades em saúde.

GÊNERO E PARTO HUMANIZADO ENTRE O IDEAL E O REAL

Zoraide Vieira Cruz, Rita Maria Radl Philipp, Tânia Rocha Andrade Cunha

Palavras-chave: Parto Humanizado, Gênero: violência obstétrica

APRESENTAÇÃO: A assistência ao parto era exclusivamente feminina, realizado por parteiras, as quais embora não dominassem o conhecimento científico, eram conhecidas por suas experiências. Assim, os acontecimentos na vida da mulher se sucediam na sua residência, onde elas trocavam conhecimento e descobriam afinidades. A partir do século XIX, a condução do parto mudou, deixou de ser visto como natural, privativo e familiar e passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com vários atores conduzindo este processo. Tal fato favoreceu a submissão da mulher a qual deixou de ser protagonista do processo do parto, tudo isso em nome de uma assistência segura. Surge então a política de humanização do parto, proposta de atendimento à mulher garantindo seus direitos a uma maternidade segura e prazerosa; com uma assistência centrada em suas necessidades. Ao longo da história, as mulheres sofrem perseguições e discriminações que se manifestam através de atos para calar suas vozes, descaracterizar suas necessidades e vontades. E, no caso do processo de parturição essa realidade não é diferente. Acredita-se que trabalho possa servir para ampliar a reflexão sobre a assistência ao parto ofertada à mulher nas instituições de saúde no processo de parturição as quais representam ações de desumanização. O presente trabalho objetivou apresentar e denunciar algumas circunstâncias a que a mulher está sujeita no processo de parturição METODOLOGIA: Estudo qualitativo, reflexivo das práticas de atendimento ofertadas às mulheres no momento do parto. O corpus de documentos da mídia escolhidos para a análise retórica desta pesquisa foi composto por matérias jornalísticas produzidas pelos atores sociais responsáveis por blogs regionais que denunciaram mesmo sem usar esta expressão, a Violência Obstétrica na assistência direcionada ao atendimento ao parto de mulheres atendidas em um

hospital conveniado ao SUS no município de Itapetinga. O critério de escolha deu-se devido a gravidade e visibilidade nacional que estes fatos tiveram e ainda estão tendo na região e na Bahia. Os dados coletados foram analisados à luz das questões preconizadas pela Política de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério de Saúde do Brasil contribuindo assim na elaboração desta reflexão. Resultados e Discussão A Unidade Hospitalar citada neste estudo é conveniada também ao SUS; funciona 24h, atendimento de emergência, clínico, cirúrgico pediátrico, ortopédico e obstétrico, além de ter uma Unidade de Terapia Intensiva. Os profissionais médicos, atendem em regime de plantão e de sobreaviso, neste último caso, o médico não se encontra necessariamente no espaço físico do hospital, sendo convocado quando necessário. No que concerne ao atendimentos às gestantes, a admissão é de livre demanda, quando chegam são avaliadas pelo plantonista e referenciada ao pré parto ou devolvidas para casas em caso de falso trabalho de parto. Observa-se que os registros das práticas de assistência ao parto invisibiliza detalhes importantes que fazem a diferença nos desfechos de saúde de mães e bebês, mas, em alguns casos, infelizmente trágicos como o apresentado, neste estudo. J.S.M, 9 meses de gestação, secundigesta, deu entrada no pronto socorro da referida Unidade de Saúde, com o trabalho de parto em curso, já perdendo líquido amniótico; ficou em observação, aguardando atendimento do especialista o qual, conforme dados veiculados na mídia, também estava atuando como médico plantonista serviço na Unidade de Pronto Atendimento e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. É est arrecedor imaginar que uma unidade de saúde, que se presta a atender à gestante não tenha in loco um especialista para tal procedimento. Neste caso aqui abordado, parturiente foi admitida na Unidade, avaliada pelo clínico

no turno matutino, apenas sendo vista pelo especialista à noite, visto que este, ferindo todas as leis trabalhistas, código de ética médica e, o mais impressionante ferindo a lei da física, estava trabalhando em três lugares ao mesmo tempo. Sabe-se que a assistência ao parto deve ser segura, devendo ser garantido a cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, permitindo e estimulando o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto. O objetivo dos profissionais que atendem partos deve ser o de se obter ao fim da gestação, um recém-nascido saudável, com potencialidade para desenvolvimento biológico e psicossocial futuro; e também uma mulher/mãe com saúde e não traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar. Observa-se na verdade o que Saffioti e Almeida (1995) relatam, ocorre uma “conspiração do silêncio”, significando que, em geral, não há denúncia de violência, impedindo, assim, tanto de forma qualitativa quanto quantitativa, que dados sejam revelados, evidenciando a gravidade e a magnitude desse fenômeno. Esta mulher encontrava-se totalmente vulnerável, sofrendo, sem forças e com o seu filho em risco de morte. Parece até um território fora do alcance da lei, onde mais se dá o fenômeno da violência de gênero por parte de profissionais médicos, sexo masculino. As Unidades Hospitalares possuem protocolos os quais dizem até mesmo as horas que um parto, período máximo para se ter um bebê, desrespeitando as peculiaridades de cada organismo. Seguem series de intervenções por vezes desnecessárias e violentas, ferindo a subjetividade materna. Assim ocorreu: o médico informou ao marido que o bebê faleceu, que iria tentar salvar a mulher. Esclareceu que a criança tinha quase 6 kg, e por isso manobras foram feitas as quais conseguiram que a cabeça do bebê saísse mas, mesmo quebrando as

clavículas da criança não teve êxito sendo necessário uma cesária e decapitar a criança. Neste caso, a violência institucional/obstétrica é evidenciada pela negligência no atendimento, excesso de intervenções que trazem dores e marcas físicas e psíquicas. O conhecimento médico hegemônico em relação a assistência ao parto, parte de um modo de pensar e agir que reforça uma lógica colonial e produtivista, tendo como marco a intervenção sobre o corpo feminino. Não se vislumbra cumprimento dos preceitos do parto Humanizado. O discurso da classe médica em destacar o bem estar da paciente pode ser visto como estratégia de dominação no processo do parto e nascimento. Considerações Finais Verifica-se descompasso entre a política de Humanização e a prática e que a distância entre o que se recomenda e que se faz possa ser reduzida através da adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, gerencial, financeira e educativa, de forma a propiciar às mulheres brasileiras - sobretudo aquelas mais carentes - um parto verdadeiramente humanizado. Espera-se que com este trabalho, possa dar visibilidade às diversas situações vividas por nós, mulheres, como usuárias do sistema de saúde brasileiro. Mulheres de todo o país relatam ter sofrido diversas formas de agressões na assistência à saúde, principalmente na gravidez, no parto, pós-parto e nos casos de abortamento. Essas agressões são tão comuns que se tornaram previsíveis e até mesmo esperadas, mas a realidade não deveria ser essa.

GRUPO DE TEATRO COM ADOLESCENTES: UMA ABORDAGEM SOBRE A VIOLÊNCIA E USO DE DROGAS ATRAVÉS DA ARTE CÊNICA

Renata Szpak Rodrigues, Maria Urânia Alves, Karla Ferreira Rodrigues, Aline Luisa Mafra, Mariana Campos Martins Machado, Letícia Pereira Zancanaro

Palavras-chave: Educação em saúde, adolescente, saúde coletiva, escola,

APRESENTAÇÃO: Entre os fatores de risco para o uso de drogas por adolescentes, a literatura científica destaca a baixa condição socioeconômica, a disponibilidade da droga no meio social, taxa de criminalidade elevada, além dos aspectos socioculturais, incluindo campanhas publicitárias e políticas sociais (BROOK et al., 2006). Entre os fatores, também se destaca a baixa adesão às atividades escolares, como atrasos e reprovações (ZWEIG, PHILLIPS e LINDBERG, 2002). Diante da gravidade do uso precoce de drogas ilícitas por adolescentes, e do reconhecimento da saúde no contexto holístico e dos seus determinantes sociais, culturais, políticos e econômicos, o Projeto de extensão “Desatando os Nós da Velha Grande: promovendo cidadania e geração de renda”, do Programa de extensão “Liga de Saúde Coletiva”, realizado com apoio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), propôs o grupo de teatro Vida Real. As atividades estão sendo desenvolvidas com adolescentes de 13 a 16 anos de idade em uma escola municipal localizada no bairro Velha Grande, em Blumenau (SC), território adscrito da Unidade Básica de Saúde Arão Rebelo, onde as atividades do Projeto de Extensão “Desatando os Nós da Velha Grande” são realizadas. No grupo de teatro trabalham-se a temática da violência, do uso e tráfico de drogas, temas escolhidos pelos próprios participantes. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: As dinâmicas de grupo, rodas de conversa e oficinas realizadas no grupo de teatro ocorrem na sala de multimídia da escola, semanalmente, durante o período vespertino. Os participantes do grupo são estudantes da “reinturmação” (repetentes) do período matutino ou vespertino da escola. A proposta de desenvolvimento do trabalho com estes adolescentes partiu do diretor da escola, visto ser constante a presença de comportamentos violentos e

indicadores de uso de drogas entre estes adolescentes. Nas atividades trabalha-se com o acolhimento, criando vínculos entre as pessoas da comunidade com idades a partir de 13 anos, promovendo saúde, cidadania e qualidade de vida, possibilitando a percepção holística dos problemas. O foco deste projeto é atender ao objetivo do milênio 2, Educação Básica de Qualidade para Todos, e objetivo 8, Todo Mundo Trabalhando pelo Desenvolvimento (ONU, 2015). Inicialmente, o grupo de teatro foi proposto para a escola e os adolescentes, que aceitaram a proposta. No primeiro encontro, foram realizadas três dinâmicas de grupo de interação, de forma a promover aproximação e confiança entre os adolescentes, e entre os adolescentes e o coordenador. A dinâmica “O espelho” (201 Dinâmicas de grupo...), objetivou despertar para a valorização de si, promovendo a autoestima dos participantes. A dinâmica “Fósforo” (VALLE, 2007), para realizar uma breve apresentação do grupo. Finalmente, realizou-se a dinâmica da “Caixa de pandora”, em que os adolescentes escreveram em pequenos papéis os seus sonhos, o seu projeto de vida. Esta dinâmica objetivou trabalhar elementos de motivação, conforme explicado por Ayres (2004), além de possibilitar maior aproximação com a equipe. No segundo encontro foi houve apresentação de três modalidades de peças teatrais aos adolescentes, de forma que o grupo escolhesse aquela de seu interesse. As modalidades foram: comédia, teatro de sombras e drama. Ainda no segundo encontro foi proposto um acordo de convivência coletiva para o grupo, em que todos deveriam assinar. No compromisso de boa convivência constavam algumas cláusulas, como a proibição de agressão física e/ou verbal, proibição do uso de aparelhos celulares durante as oficinas, responsabilidade com a peça desenvolvida, respeito mútuo entre

os participantes, dentre outras. No terceiro encontro, realizou-se roda de conversa, com o objetivo de captar os temas de interesse dos jovens para realização do teatro. Nos três encontros subsequentes, realizaram-se oficinas para elaboração do roteiro da peça teatral. Posteriormente, os adolescentes puderam escolher os personagens que representariam, e foram iniciados os ensaios, que ainda estão em andamento. RESULTADOS E IMPACTOS: Desde o início das atividades, cerca de 15 adolescentes já estiveram presentes em oficinas, sendo que atualmente a peça conta com 8 integrantes assíduos e representantes de personagens. O trabalho propicia o desenvolvimento de pró-atividade, criatividade e autonomia dos adolescentes, fundamental para a formação de cidadãos críticos, participativos e responsabilizados sobre o seu autocuidado em saúde. Inicialmente, os adolescentes manifestaram certa resistência em participar do grupo de teatro, devido ao possível receio da apresentação em público, além de rebeldia própria da idade, falta de interesse pelo projeto e imaturidade e talvez faltasse de compromisso com a realização da peça. Durante as oficinas, buscou-se motivar a comunicação solidária no grupo. No momento, os adolescentes apresentam maior adesão em relação ao projeto, e demonstra entusiasmo, curiosidade e interesse em relação à peça teatral e aos temas abordados. Este projeto busca promover a troca e construção compartilhada de saberes entre a equipe e o grupo de adolescentes envolvidos, melhorando a autoestima integrando ações de Educação Popular em Saúde, no contexto da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2014). A peça teatral será apresentada no dia 28/11/2015, em evento promovido pela escola, e os ensaios estão sendo realizados periodicamente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Este projeto buscou mostrar aos adolescentes possibilidades de

escolhas, discutindo abertamente os temas do uso e tráfico de drogas e da violência, favorecendo comunicação solidária e o estabelecimento de diálogo. Ademais, oportuniza o envolvimento em atividades culturais, e promove possibilidade de transformação da realidade, valorizando a saúde e a qualidade de vida.

O AUTOCUIDADO NA PREVENÇÃO DE DST'S E HIV EM MULHERES HOMOAFETIVAS DA CIDADE DE CHAPECÓ-SC

Maira Tellechêa da Silva, Lucimare Ferraz, Deborah Cristina Amorim, Jessica Gregolin Panseira, Kaiana Castro

Palavras-chave: Homoafetividade, cuidado, saúde da mulher

APRESENTAÇÃO: A sexualidade é um tema periférico, alimentado por tabus e preconceitos, especialmente quando se trata de homoafetividade, uma infinita variação sobre relações sexuais e afetivas entre pessoas do mesmo sexo. Essa discussão é mais difícil quando a conversa é sobre a prevenção de DST's/HIV, pois se fala muito sobre a prevenção entre heterossexuais, esquecendo que homoafetivos também se relacionam sexualmente. A homoafetividade é vista com preconceito e por isso o medo ou resistência para falar sobre sexualidade e afeto com estes sujeitos. Resistência que dificulta a abordagem e as orientações para promoção, prevenção e cuidado que não acontecem ou deixam muito a desejar. O olhar privilegiado das ciências da saúde para a mulher enquanto sujeito reprodutivo, mas não sexual, excluíram do foco de atenção mulheres cuja prática, relações e desejos sexuais são homoeroticamente orientados. Sendo assim a mulher homoafetiva é vista como invulnerável a transmissões de doenças. Com o objetivo de melhorar

a qualidade de vida da mulher brasileira foi elaborado pelo ministério da saúde em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que deve atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, (negras, indígenas, de áreas urbanas e rurais, em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, etc.). Ainda assim hoje quando se trata de saúde da mulher o olhar é para gravidez, parto, índices de câncer de mama e câncer do colo do útero. Na formação em saúde, o tema saúde da mulher é abordado sem levar em conta as suas especificidades, um exemplo é a não discussão acerca da homoafetividade. A saúde de mulheres lésbicas é assunto silenciado, pouco abordado tanto entre elas, quanto nas publicações acadêmicas. A partir daí surgiu à necessidade de conhecimento sobre a prática assistencial com esse grupo, considerando que o papel do profissional da saúde no cuidado é ouvir, orientar, ensinar, aprender, fortalecer. OBJETIVO: Identificar como é o autocuidado na prevenção de DST's e HIV em mulheres homoafetivas, em diferentes faixas etárias, na cidade de Chapecó - SC. DESENVOLVIMENTO: O estudo se caracteriza como pesquisa qualitativa, que analisa e interpreta aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade humana, analisando hábitos, atitudes, tendências. Foi realizado com mulheres homoafetivas e idade acima de 18 anos. Participaram 10 mulheres, abordadas pela estratégia “bola de neve”, quando um sujeito leva a outro. Foi utilizado roteiro de entrevista semiestruturado para que as entrevistadas tivessem mais liberdade para falar sem fugir do tema. Ao iniciar as entrevistas encontramos dificuldades devido à desistência de algumas mulheres ao saberem que a entrevista seria gravada. A partir daí tivemos que buscar outra pessoa para começar as entrevistas, causando atraso na coleta de dados. As mulheres

que aceitaram gravar a entrevista gostaram do assunto e nos indicaram uma amiga formando assim a “bola de neve”, totalizando dez participantes. RESULTADOS: A primeira questão abordada foi sobre a orientação sexual. Todas afirmam ser homossexuais, sendo que duas já haviam sido casadas com homens e atualmente têm relação estável com outra mulher. Uma afirmação que nos chamou atenção foi que não é exatamente uma definição, mas uma ‘condição’, pois ela nasceu assim. K.N. 21 anos nos diz: “Eu nunca me defini realmente hetero ou lésbica, é a partir do que eu estou sentindo pela pessoa [...]hoje eu me defino lésbica porque eu amo a menina que está comigo”. Oito das entrevistadas tiveram o início de sua vida sexual com mulheres e por isso não sentiram a necessidade e não foram instruídas a realizar uma consulta ginecológica. Estudos indicam que a primeira visita ao ginecologista reforça a importância de fatores associados a convenções sociais de gênero ao apontarem, como as principais vias de acesso, o início da vida (hetero)sexual e a maternidade. Quando questionadas sobre a realização de consultas ginecológicas, cinco das entrevistadas dizem realizar consultas anualmente, uma delas foi casada e tem um filho e mesmo se relacionando com uma mulher atualmente, acha importante se cuidar. Duas delas relataram histórico de câncer na família ou já ficaram expostas a fator de risco, por isso realizam consulta. Outras duas entrevistadas relataram que acham importante cuidar da saúde. Dentre as cinco que não realizam consultas ginecológicas uma relatou que deixou de ir ao ginecologista quando se separou do ex-marido. ‘Tenho medo’ B.T.B. 18 anos, ‘Não sei por que’ K.L.T. 21 anos, ‘Pode ser relaxamento’ K.P. 23 anos e ‘Não acho necessário’ A.E.N. 31 anos. Foram essas as respostas dadas quando questionamos o motivo da não realização de consultas: ‘Pessoas do meu convívio na mesma situação

que a minha já procuraram [orientação], e os médicos não deram orientações, e não pediram exames porque não tinha relação com homens’ relatou A.E.N. 31 anos. Segundo o dossiê de saúde das mulheres lésbicas, os profissionais da saúde solicitam menos o exame papanicolau e as mulheres homoafetivas nem sempre procuram cuidados quando necessário, ou só fazem quando surge um agravo. A partir dessas informações perguntamos o que entendem por autocuidado. Para as entrevistadas se resume em ‘cuidar de si’ e ‘prevenção’, uma das entrevistadas relata que ‘é tudo aquilo que eu posso cuidar na minha saúde [...] na parte física e espiritual também’ R.Z. 40 anos. Dentre as entrevistadas apenas uma não soube responder ou não disse o que entende. Em relação aos cuidados de promoção, prevenção ou autocuidado durante a relação sexual, oito das entrevistadas cuidam da higiene e escolha da parceira e duas relataram que não tem nenhum tipo de cuidado. Dentre as que cuidam da higiene e escolha da parceira somente uma relatou que faz uso de camisinha nas próteses, e também uso de papel filme no sexo oral. É importante destacar que a entrevistada não teve orientação sobre prevenção sexual, mas ao acompanhar uma consulta com a irmã (HIV +) ouviu as orientações passadas pela médica. ‘Eu fui a uma consulta com ela [com a irmã] na infectologista essa abordou o assunto, claro ela estava falando com minha irmã, que ela poderia inclusive ter sexo oral, utilizando papel filme, aí eu pensei: opa! Pêra aí, eu também posso usar!’ L.R. 35 anos. Devemos levar em consideração que nove das entrevistadas estão em um relacionamento estável ou tem parceira fixa e não veem necessidade da utilização de método de barreira para a prevenção de DST’s/HIV. Ao serem questionadas sobre ficar com alguém casualmente elas não souberam responder o que fariam para

se proteger. Questionadas a respeito da prevenção de DST’s/HIV todas afirmaram ter recebido orientações na escola, em meios de comunicação, campanhas do Ministério da Saúde, entretanto, quando perguntamos se essas orientações levaram em consideração a homoafetividade, apenas P.L.W. 18 anos relatou que no ensino médio teve orientação de uma professora que é voluntária no GAPA (Grupo de Apoio a Prevenção de AIDS), as demais disseram que essas orientações sempre foram voltadas a relação heterossexual. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Percebemos que apesar de estarem sendo desfeitos alguns tabus em torno da sexualidade, falar sobre prevenção de DST’s e HIV exige aprofundamento, principalmente relacionado à homoafetividade feminina. Identificamos que mulheres homoafetivas se cuidam/previnem a partir de informações comuns que não levam em consideração suas práticas sexuais. É importante que os profissionais de saúde elaborem estratégias para que essas mulheres sejam cuidadas e se cuidem a partir de especificidades do grupo.

O ENFERMEIRO FRENTE A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES

Lucyana Conceicao Lemes Justino, Simone Sousa Oliveira Fonseca, Cristina Brandt Nunes, Maria Auxiliadora de Souza Gerke, Maria Angélica Marchetti Barbosa

Palavras-chave: Violência sexual, saúde do adolescente, enfermagem

APRESENTAÇÃO: O enfermeiro e os demais profissionais de saúde enfrentam dificuldades ao atender adolescentes que sofreram violência em decorrência dos conflitos ocasionados em suas abordagens sobre o fenômeno. Em função dos diversos aspectos culturais, éticos e legais

envolvidos na questão, há necessidade de um conhecimento aprimorado da legislação pertinente para que a assistência seja efetiva às necessidades das pessoas em situação de violência. Diante dessa problemática, objetivou-se levantar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre as ações do enfermeiro frente à situação de violência sexual contra adolescentes. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de uma revisão integrativa da produção científica a respeito da situação da violência sexual contra adolescentes. Esse método de pesquisa viabiliza sintetizar e divulgar as evidências disponíveis na literatura. A questão norteadora da pesquisa foi: “Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre as ações do enfermeiro frente à situação de violência sexual contra adolescentes?”. A coleta de dados foi empreendida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Banco de Dados da Enfermagem (BDEnf) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline). A pesquisa transcorreu no mês de julho de 2013. Para todas as bases, utilizaram-se Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): violência sexual, saúde do adolescente e enfermagem, nos idiomas: português, inglês e espanhol com as respectivas traduções. Os critérios de inclusão da amostra foram: artigos científicos publicados na íntegra em português, inglês ou espanhol no período de 2003 a 2013 nas bases de dados Medline, Lilacs e BDEnf e que consideraram a adolescência como a faixa etária de 10 a 19 anos, como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Os artigos encontrados foram predominantemente relatos de casos, estudos descritivos e avaliações de programas. A busca foi realizada independentemente por duas pesquisadoras, como recomendado para aumentar o rigor metodológico. RESULTADOS: Para esta revisão integrativa,

selecionaram-se 8 artigos (5 brasileiras, 2 do continente africano e 1 dos Estados Unidos), classificados nas seguintes categorias: a notificação e a atenção à saúde do adolescente. Houve predomínio nas publicações do ano de 2011 (3, ou 37,5%), seguidas das lançadas em 2008 e 2009 (2, ou 25% em cada ano) e em 2006 (1, ou 12,5%). Prevaleram produções brasileiras sobre a temática, com 5 publicações e houve 2 publicações do continente africano e 1 dos Estados Unidos da América. Observou-se a importância da notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência contra adolescente, com a finalidade de combatê-la e cumprir com o compromisso legal e moral, além de detectar precocemente e contribuir para o enfrentamento da violência contra essa clientela, por meio da intervenção nas situações de vulnerabilidade, pois a notificação é um instrumento de proteção e defesa dos direitos das crianças e adolescentes, além de fornecer subsídios a elaboração de políticas públicas e propostas de atenção às pessoas em situação de violência sexual. A notificação é amparada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1968, de 25 de maio de 2001, dispõe sobre a notificação de suspeita ou confirmação de violências doméstica, sexual e outras agressões contra crianças e adolescentes atendidos pelo Sistema Único de Saúde, inclui todas elas na relação de doenças e agravos e propõe uma ficha de notificação compulsória para os serviços de saúde registrar os casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Por isso, um elemento importante é o preenchimento completo e correto dos dados que compõe a ficha de atendimento, pois a falha de registro dificulta a identificação de risco e a formulação de políticas de prevenção. Portanto, os profissionais de saúde não podem deixar de identificar, diagnosticar, notificar e atuar frente a casos confirmados de violência ou suspeitos por meio de sinais e sintomas sugestivos. O ato de notificar

inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer autor da violência até que a situação seja esclarecida. Quanto à categoria de saúde do adolescente, constatou-se que a atenção à saúde do adolescente em situação de violência sexual é abordada em quase todas as publicações e a atuação da enfermagem é percebida como ampla e complexa abrangendo a participação no diagnóstico, principalmente pela consulta de enfermagem, nas ações educativas, no acompanhamento e na notificação. Os profissionais de enfermagem têm papel fundamental na observação de sinais e sintomas de quadros clínicos, além de perguntar durante a consulta de enfermagem sobre eventos violentos, a fim de detectar e intervir de maneira preventiva, minimizar as situações de violência contra o adolescente e participar ativamente de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. A problemática da violência sexual entre adolescentes é muitas vezes ocultada, assim a visualização desse evento diminui a vulnerabilidade dessa clientela para a infecção de HIV, pois o enfermeiro pode intervir intensivamente nos cuidados pós-violência, por meio de fornecimento de medicação de contracepção de emergência e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis principalmente a de HIV, conforme protocolo de cuidados e/ou prescrição médica de acordo com a realidade local. Sabe-se que frente à complexidade do problema não há como situar unicamente como de competência do enfermeiro a função de prevenir e acompanhar os casos de violência, mas envolve um olhar multiprofissional e ações intersetoriais e um papel importante para a enfermagem poderia ser parte de ações coletivas e de acompanhamento dessa família em seu ambiente domiciliar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se que o enfoque da violência sexual contra

adolescentes no Brasil e no exterior, particularmente no continente Africano, são distintos. Evidenciou-se que na África esses casos são ocultados e negados, o que faz agravar a situação devido a não realização da profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o HIV, não ocorrendo nesses países a notificação dos casos aos órgãos competentes. Já nas produções brasileiras, constam normas e diretrizes nacionais de identificação dos casos e protocolos de atendimento. Observou-se que a produção científica das atribuições do enfermeiro frente à situação da violência sexual contra adolescentes ainda é escassa, predominando as pesquisas sobre a notificação e a atenção à saúde do adolescente. O principal ponto de vista abordado é com relação à identificação da violência vivida, através dos sinais e sintomas e torná-la evidente por meio da notificação, o acompanhamento dos casos e interrompê-la por meio de medidas preventivas e de ações imediatas. Portanto, conhecer a produção científica da violência sexual contra os adolescentes pode favorecer a visibilidade do fenômeno, bem como o aprimoramento das ações dos profissionais de saúde, em especial ao enfermeiro. Este fato pode estimular a criação de políticas públicas em saúde, a organização dos serviços de atendimento, o aprimoramento das ações e dos instrumentos do processo de trabalho e, permitir uma abordagem de cuidado humanizado que venha romper com a dinâmica da violência sexual em que tantos adolescentes e famílias se encontram envolvidos.

PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES EM PERÍODO DE INTERNAÇÃO

Rosana Alves de Melo

Palavras-chave: Adolescentes, Percepções, Período de internação, Violência, Ressocializar

APRESENTAÇÃO: Atualmente, a prevalência de atos violentos cometidos por adolescentes com intenção de autoafirmação e outros motivos, tem crescido em todos os contextos sociais, envolvendo uma relação de poder e força, tendo o potencial de causar danos psicológicos, físicos e morais irreversíveis na vida dos indivíduos, e ocorre através de atos infracionais que, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), configura-se em uma conduta descrita como crime ou contravenção penal, passível de internação. As causas externas são os agravos que tem maior impacto na morbimortalidade de adolescentes, sendo a violência mais frequente, a partir dos 15 anos. Associadas a esses agravos, o porte de arma de fogo e a participação em brigas apresentam uma alta prevalência entre jovens, acarretando altos índices de homicídio e suicídio (SILVA et al., 2009; ANDRADE et al., 2012). Considerando o índice de criminalidade entre os adolescentes, existem as instituições de cunho socioeducativo que tem como finalidade, por meio da privação de liberdade ou não, ressocializar os adolescentes que se encontram em conflitos com a lei. A última medida das medidas hierárquicas, a internação, é aplicada pelo juiz, aos adolescentes que cometem atos infracionais de cunho grave, por não encontrar outra medida adequada para atender esse indivíduo (AMARAL, SANTOS, OLIVEIRA & PARRÃO, 2014). A Fundação de Atendimento Socioeducativo (FUNASE) é o órgão responsável pelo atendimento dos adolescentes que estão sob medida socioeducativa de restrição e/ou privação de liberdade, visando à garantia dos seus direitos fundamentais, através de ações conjuntas com outras instituições públicas e a sociedade civil organizada, preconizado pelo ECA, com base Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (FUNASE, 2015). As discussões sobre as dificuldades das práticas educativas, no sentido de avaliar se estas favorecem ou desfavorecem a

ressocialização, estão cada vez mais fazendo parte das discussões que envolvem a questão da internação de adolescentes. Vale ressaltar que, com o aumento exacerbado da violência, os estabelecimentos passam por uma superlotação, favorecendo aumento da periculosidade dos adolescentes, que tem como consequência o aumento da reincidência desses indivíduos. Considerando as percepções e os sentimentos dos adolescentes que se encontram em período de internação nas instituições de cunho socioeducativo, bem os fatores que envolvem as modificações sociais em suas vidas após esse período, este estudo objetivou conhecer as percepções dos adolescentes em período de internação assistidos pela FUNASE de Petrolina/PE. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida na FUNASE da cidade de Petrolina/PE, instituição esta que tem como finalidades, entre outras, planejar e executar as medidas socioeducativas; fortalecer o núcleo familiar nas suas funções de sobrevivência, de provisão de afeto e de cidadania, com vistas à convivência familiar e comunitária da criança e do adolescente atendidos; (FUNASE, 2015). A amostra foi constituída de 15 adolescentes que estavam em período de internação na referida instituição. Os critérios de inclusão foram estarem internos na Fundação no momento da pesquisa e aceitarem participar desta através da assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, após a prévia autorização dos pais ou responsáveis, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada em março de 2015, através de uma entrevista semiestruturada. As entrevistas foram registradas com auxílio de um gravador portátil, após a autorização do indivíduo, em local e horário preestabelecido, garantindo o sigilo, o anonimato e privacidade. A análise

dos dados foi feita através da técnica de análise de conteúdo temática. A pesquisa foi baseada no que dispõe a Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e também aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), com número de parecer número: 858.196, respeitando todos os preceitos éticos e a autonomia dos indivíduos. RESULTADOS: A ocorrência de atos violentos é uma problemática bastante presente na nossa realidade e tem o potencial de afetar substancialmente a vida de todos os envolvidos. Os adolescentes aparecem nesses contextos, muitas vezes como propagadores desses atos violentos, sendo necessário ficarem um tempo pré-determinado sob internação, no intuito de evitar que cometam mais delitos e seja favorecida sua ressocialização. Pudemos observar nesse estudo que a percepção dos adolescentes acerca dos atos infracionais cometidos e suas implicações na sociedade e em suas próprias vidas, é um fenômeno complexo, já que sua compreensão, ora converge, ora diverge daquilo que é estabelecido com norma social, no sentido de que em algum momento eles visualizam essa infração de conduta como algo banal. Observamos que a principal consequência após ficarem reclusos, foi a mudança de comportamento a respeito de suas famílias, demonstrando uma maior valorização das pessoas desse ciclo, sendo evidenciada pela distância da família na vida dos adolescentes a falta que o núcleo familiar faz, tendo sido referenciado por eles. Essa percepção foi vista através da saudosidade. Apesar de alguns dos entrevistados não acreditarem na possibilidade de serem ressocializados, os resultados mostraram que eles confiam no trabalho proposto pela Fundação, assim como o trabalho dos agentes de operacionalização das ações socioeducativas, como possibilidade de reinserção social. Nesse sentido, as

principais pretensões deles, após o término do período de internação, envolvem estudar e trabalhar, visando uma mudança de vida futura. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O modo como as medidas socioeducativas são estabelecidas para os adolescentes em período de internação são de extrema importância para delimitar a percepção destes, como algo negativo ou positivo, sobre a ressocialização e a potencialidade de mudança de no seu contexto de vida, futuramente. O atendimento, baseado naquilo que é preconizado pelo ECA, pode permitir uma intervenção que garanta o desenvolvimento de programas pedagógicos, atividades escolares, profissionalização, esporte, artes e de atividades de saúde, proporcionados de maneira sistemática (ESTEVAM, COUTINHO & ARAÚJO, 2009; BRASIL, 2010). Tudo isso poderá resultar na reflexão do adolescente sobre o seu contexto de vida atual, para que este busque novos direcionamentos e favoreça o seu retorno ao seu convívio social e familiar. O modo como as medidas socioeducativas são estabelecidas para os adolescentes em período de internação são de extrema importância para delimitar a percepção destes, como algo negativo ou positivo, sobre a ressocialização e a potencialidade de mudança de no seu contexto de vida, futuramente. O atendimento, baseado naquilo que é preconizado pelo ECA, pode permitir uma intervenção que garanta o desenvolvimento de programas pedagógicos, atividades escolares, profissionalização, esporte, artes e de atividades de saúde, proporcionados de maneira sistemática. Dessa forma, entendemos que o presente estudo é de grande relevância, pois além da precariedade de pesquisas na área, permite uma visão mais integral sobre os adolescentes em período de internação, permitindo que conheçamos suas compreensões, percepções e pretensões, uma vez que é importante para um trabalho

multiprofissional, pois conhecendo a população em questão, podemos dar um melhor direcionamento às ações educativas colocadas em prática.

PERCEPÇÕES SOBRE A AFINIDADE DO HOMEM COM O PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA EM CONTRASTE COM A SAÚDE DA MULHER

Ildernandes Vieira Alves, Kerma Márcia de Freitas, Jéssica Rodrigues Brito, Tuarne Vieira Alves, Elaine Carvalho de Oliveira Medeiros, Josué Barros Júnior

Palavras-chave: Gênero e Saúde, Saúde do Homem, Saúde da Mulher,

APRESENTAÇÃO: As diferenças entre gênero são impulsionadas desde a infância, ao ponto que, aos meninos são atribuídos ações mecanicistas, muitas vezes ausentes de sentimentalismo, são criados indivíduos sob a perspectiva do bateu levou, de que o choro é algo que mostra fraqueza e devem ficar para o sexo oposto (BRASIL, 2012). Um desafio palpante que cerca a discussão de gênero no âmbito da saúde coletiva é incorporar o sujeito masculino, sem interferir nas relações de gênero e dimensionamento social. Tanto o sexo masculino como o feminino estão mutuamente interligadas, sendo agregados de forma equânime, ao passo que não se descarte as singularidades ou as pluralidades (COUTO, 2012). É indiscutível que homens e mulheres não são iguais, cada indivíduo, assim, como cada gênero têm suas peculiaridades, porém, essas diferenças não foram fomentadas para gerar desigualdades, mas servir de suporte para debates na comuna e a construção de uma sociedade mais igualitária e virtuosa, que respeite as diferenças de gênero (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva objetivou-se investigar a percepção de homens e profissionais sobre

a afinidade do homem com o processo de saúde-doença em contraste com a saúde da mulher. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma Estratégia Saúde da Família do interior do Ceará, decorrente de um estudo maior na qual investigou a Efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no estado do Ceará. A pesquisa foi realizada com três grupos distintos, dois formados por usuários do sexo masculino e um por profissionais de nível superior que compunham a unidade na qual o estudo foi feito. Objetivando manter o sigilo e anonimato dos participantes do estudo, as falas foram codificadas de acordo com o grupo respectivo, sendo o grupo 1 dos usuários pela letra H, o grupo 2 dos usuários pela letra H seguida da letra b subscrita e dos profissionais pela letra P. Os dados foram coletados por técnica de grupo focal. Sendo as falas gravadas, transcritas na íntegra e analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo dando origem a categorias temáticas. O estudo foi desenvolvido obedecendo à determinação da Resolução Nº 466/12. **RESULTADOS/DISSCUSSÕES:** Ao analisar as falas a respeito da percepção de homens usuários e profissionais de nível superior a respeito da relação entre homem e saúde, originou-se duas principais categorias temáticas. Em analogia entre a figura masculina e a feminina nos moldes da saúde é encontrado nas falas dos usuários que as mulheres são as mais procuradas pelos profissionais e serviços de saúde, ao passo que chegam a secundarem a assistência à população masculina. Na ótica profissional, é reconhecida como uma verdade, decorrente do fato do Ministério da Saúde proporcionar ações destinadas com mais prevalência para o sexo feminino. [...] o que tá acontecendo não só aqui na nossa cidade, mas todo país é a abordagem, geralmente quando a gente recebe uma

abordagem em casa da saúde eles procuram as mulheres e talvez os homens. (H1). A maioria das ações que o Ministério da Saúde disponibiliza é voltado para a mulher [...] (P1). Autenticando tais afirmações Meirelles e Holl (2009) enfatizam que os serviços de saúde são vistos pelos homens como sendo destinados e preferíveis às mulheres, levando em conta que, as ações disponibilizadas são voltadas especialmente para esse público. Na verdade, historicamente os serviços de saúde, principalmente o nível de atenção primária, mesmo sendo destinada a saúde da família, a priori, não foram estruturados para atender as demandas dos homens, visto que o corpo masculino por muito tempo foi enxergado com lócus do não cuidado. Outra noção articulada a esse respeito é destacada por um profissional afirmando que essa configuração é necessária visto que a mulher tem uma maior necessidade das ações serem voltadas para elas, levando em consideração que ela engravida e necessita de mais atenção. A mulher também ela tem mais porque as ações serem mais direcionadas para ela, porque a mulher engravida [...] (P6). Algumas práticas profissionais baseiam-se muitas vezes no trabalho autônomo, fundamentando-se em suas próprias ideias e crenças. Essas ações algumas vezes reforçam a desigualdade em gênero e saúde ao enxergarem os homens como “os trabalhadores” e a mulher como a “cuidadora da família”, reduzindo-a ao corpo reprodutor e agente do cuidar (SCHRAIBER, 2012). Não obstante, é inegável a importância de uma assistência qualificada às mulheres, principalmente no período onde outro ser está sendo gerando, todavia pensamentos como esse podem potencialmente aprofundar o abismo existente entre o homem e o serviço. A analogia não é feita no sentido de quem precisa de mais ou menos atenção e muito menos de dissociar um sujeito do outro, mas sim, para compreender e orientar

práticas concretas que favoreçam uma abordagem coletiva ao sujeito singular. Em o Ser homem e a interferência no processo de cuidar, foram identificados nos discursos dos pesquisados que o sexo masculino é cercado por um tabu que prega que homem é forte e provedor, dessa forma dispensa cuidados com a saúde. O homem ele é resistente a não querer ou se achar doente ou querer prevenir alguma coisa [...] (H1). [...] como ele tem que prover as coisas e casa né ele tem que ser forte a base forte da casa acha que ele não pode adoecer (P7). A partir dos relatos, ficou evidenciado que o homem retarda ao máximo possível, ao seu modo, o processo de adoecimento, seja por achar que não pode adoecer pelo fato de ser homem e tem que ser forte ou até mesmo pela questão da rejeição a cuidados preventivos. Destarte, é indubitável a importância da figura masculina para manter equilibradas as condições do lar, assim como é o da mulher, de tal modo como é a de cada membro pertencente da família. Tal responsabilização em suprir todas as necessidades da família é decorrente de um contexto histórico a qual a sociedade foi moldada, onde atarefou o homem de tal papel e mesmo com as mudanças contemporâneas, ideologias retrógradas ainda exercem forte efeitos coletivos, representando no homem uma cobrança descomedida que o impede de adoecer. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O pensamento hegemônico de um perfil de masculinidade imutável ainda exerce forte papel sobre a saúde do homem, mas aos poucos vem sendo modificado, ficando percebido pelos próprios homens que assim como as mulheres, crianças e idosos, o corpo masculino também é lócus de cuidados. Contudo, ainda existem pensamentos reducionista que invisibilizam os homens, à medida que a maioria das ações disponibilizadas são destinadas ao sexo feminino, secundando o cuidado ao

homem. Em certo sentido não cuidar do homem significa não cuidar dos demais integrantes da casa e muito menos da sociedade, ao passo que quando esse adoecer compromete todo o cenário a sua volta. Em decorrência das mudanças contemporâneas aos poucos os homens estão reconhecendo suas potencialidades como cuidadores, embora seja contido, não devem ser reprimidos e sim estimulados, para que desapontem como protagonistas no cenário do SUS.

PERCURSOS CARTOGRÁFICOS: APRENSÃO DAS RELAÇÕES ENTRE SOM E SENTIDO EM CONTEXTOS DE LAZER NOTURNO E SEUS DESDOBRAMENTOS SOBRE A CONSTITUIÇÃO DE PERFORMANCES DE GÊNERO

Altamir Trevisan Dutra, Murilo Cavagnoli, Myriam Aldana Vargas Santin, Daniela Zawadski, Ana Carolina Duering, Isis Dettweiler, Caroline Chioldeli, Augusto Schimidt, Silvana Winckler

Palavras-chave: Gênero, estilos musicais, contextos recreativos noturnos

APRESENTAÇÃO: Este trabalho discute o tema das relações de gênero (BULTER, 1989) e as expressões de iniquidade entre masculinidades e feminilidades apreendidas por meio da pesquisa cartográfica (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009; 2014) em contextos de lazer noturno do município de Chapecó, Santa Catarina. O estudo foi concebido pelo Grupo de Estudos e Pesquisa de Gênero FOGUEIRA e aprovado no Edital 383/Reitoria Unochapecó/2014. Dentre seus objetivos, destacamos a proposta de identificar e analisar características de contextos recreativos noturnos, as experiências da corporeidade que se apresentam em tais contextos e seus efeitos de subjetivação sob performances de

gênero, produzidos na relação com sentidos enunciados pelos estilos musicais veiculados. A participação em eventos recreativos noturnos é atividade comum à significativa parte da população. Estudos contemporâneos vêm afirmando a necessária atenção a esses acontecimentos quando visamos compreender “modos de subjetivação” (GUATTARI, 1996). Trabalhos como os de Lomba, Apóstola e Cardoso (2012) e de Romera (2014) vêm demonstrando conexões entre tais eventos e a violência, o consumo de drogas e a adoção de comportamentos de risco. Porém, poucos estudos atuais buscam analisar as relações de gênero que se explicitam nesses contextos. Considerando a categoria gênero como analisador que permite compreender as apresentações do corpo, as performances sexuais e as maneiras de pensar, sentir e agir em relação aos lugares historicamente e socialmente demarcados sobre o sexo biológico, entendemos que a análise das expressões de gênero em contextos de recreação noturna contribui para a constituição de olhares mais apurados sobre o cotidiano, capazes de problematizar as iniquidades, auxiliando na visualização de problemáticas e evidenciando a necessidade de atenção aos desdobramentos de experiências perpassadas pelas questões de gênero no cuidado à saúde. Os contextos de lazer noturno, portanto, são cenários importantes à compreensão dos modos de subjetivação, pois tanto a música, quanto os encontros que eles proporcionam, produzem sentidos e práticas, incidindo sobre as subjetividades. METODOLOGIA: A produção dos dados foi sustentada pela inserção empírica em contextos de lazer noturno, realizada por acadêmicos do curso de graduação em Psicologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó, através da observação participante e orientados pela perspectiva cartográfica. A pesquisa

cartográfica, pressupondo a coexistência do conhecer, do agir e do criar, procura instituir uma política de pesquisa na qual habita a cena pesquisada, os sentidos e ações engendrados nela. Dessa maneira, visa o protagonismo tanto de pesquisadores como de participantes, em uma produção de conhecimento dialógica, considerando distintos pontos de vista capazes de formar um plano comum, mas ao mesmo tempo heterogêneo (KASTRUP; PASSOS, 2014). É a riqueza e a heterogeneidade desses contextos que interessa ao cartógrafo, o que leva o pesquisador, que opta por essa metodologia, a adotar um funcionamento da atenção flutuante, voltada ao acompanhamento de processos relacionais complexos e não à demarcação de objetos com contornos precisos, que deixariam escapar singularidades. Além da observação participante (fundamental à etnografia), foi adotado como técnica para produzir conversas informais (SPINK, 2014) o registro em diário de campo. As informações foram obtidas em quatro casas noturnas, duas delas promovendo, nos momentos de observação participante, festas de música sertaneja, uma apresentando um show de rock e a última promovendo evento com temática orientada pela música pop. Buscamos identificar características de ambientes e de grupos de frequentadores. Foram registradas, em diário de campo, as músicas executadas em cada uma das festas e seus enunciados verbais, as formas de relação que os pesquisadores estabeleceram com demais participantes dos eventos e, principalmente, relações que expressassem sentidos sobre os papéis de gênero e o exercício da sexualidade. Resultados: Nos contextos investigados, os pesquisadores puderam constatar a existência de referências identitárias distintas, relacionadas aos distintos estilos musicais, que repercutem sobre os sentidos produzidos em torno do exercício de papéis

de gênero e das relações interpessoais. Segundo Piedade (2011), podemos compreender a música como imbricada à cultura, sendo a musicalidade uma expressão constituída historicamente, por meio das negociações entre o som e os sentidos que é capaz de evocar. Estilos musicais, portanto, dizem respeito tanto a um gênero discursivo (BAKHTIN, 2010) da linguagem musical, expresso em sua forma e conteúdo, quanto às significações associadas a ele, que se produzem, circulam e são consumidas na cultura. Cabe ressaltar ainda que, quando falamos em subjetivação (GUATTARI; DELEUZE, 1996), não nos referimos a uma identidade estática, mas a um processo de identificação sempre em curso, que constitui modos de pensar, de sentir e de agir sempre abertos a transformações, nos diferentes encontros experimentados por sujeitos situados em distintos contextos. Butler (1998) ainda nos alerta de que gênero e sexualidade são também construções que demarcam modos de ser relacionados ao masculino e ao feminino, construídos através de inúmeras práticas e aprendizagens. Considerando tais definições, a pesquisa de campo pôde constatar a existência de diferentes referências estéticas, relacionadas à estrutura rítmica e melódica da música, presentes em cada contexto e aprovadas pelo gosto dos frequentadores. Da mesma forma, esses diferentes estilos ainda veiculam enunciados verbais muito distintos. Nas festas sertanejas, as letras das músicas geralmente estavam dirigidas a temas relacionados ao consumo de álcool, às próprias festas e às relações sexuais, demarcando lugares de gênero binários, considerando apenas possibilidades de relações entre homem e mulher. Já na festa pop, são também feitas menções a consumo de bebidas alcoólicas e às festas, mas os enunciados dirigidos às performances de gênero e às relações sexuais não são

demarcados em torno do mesmo binarismo, sendo que tanto público quanto músicos fazem menções às relações sexuais sem considerar identidades de gênero rígidas. Na festa de rock, a maioria das músicas executadas era cantada em inglês, sendo que uma parte do público admitia não entender o conteúdo das letras. Nas músicas veiculadas em português, os conteúdos dos enunciados remetem a questões como liberdade, uso de drogas, estilo de vida confluyente com a estética do rock e relacionamentos. No caso da festa observada, voltada ao rock, apesar da menção às relações sexuais, não há nas letras expressões que demarquem lugares binários, na maioria das vezes. Percebemos, nas festas de rock e sertanejo, uma hegemonia de estilos musicais demarcados em torno dos gêneros utilizados para divulgar o evento. Já na festa pop, existe o que Piedade (2011) denomina “hibridismo contrastivo”. Nessa fusão de estilos, não temos um estilo A e um estilo B que são amalgamados para formar um C, mas sim uma fusão AB, onde, por exemplo, o pop continua sendo executado e ouvido enquanto pop, mas se hibridiza com a música eletrônica e com o funk, principalmente. Os pesquisadores perceberam, mesmo antes dessa constatação, um ecletismo estético mais acentuado nos frequentadores das festas pop. Considerações finais: Dentre os resultados, cabe destacar relações entre estilos musicais, enunciados verbais e apresentações de distintas performances de gênero em cada um desses contextos. Considerando a música como linguagem reflexivo-afetiva (MAHEIRIE, 2003) e a subjetivação como movimento aberto ao devir, fica evidente que a relação com tais enunciados, distintos em sua forma e conteúdo, produz processos de identificação que marcam as relações entre os sexos, produzindo significativas diferenças.

Portanto, a relação com a música pode gerar desde movimentos de abertura às diferenças e reconhecimento da alteridade até posturas identitárias rígidas, que demarcam, em alguns momentos, comportamentos intolerantes e que sustentam desigualdades.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO RIO DE JANEIRO DE 2006 A 2014, A PARTIR DE DOIS SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO

Bárbara Bulhões, Daniel Noro, Hélia Kawa, Henrique Sater, Irene Lopes, Josy Pinho, Maria Inês Couto de Oliveira

Palavras-chave: Notificação de Violência, Violência contra a mulher, SINAN, ISPRJ

APRESENTAÇÃO: A violência contra a mulher se apresenta como um grande desafio para a Saúde Coletiva, por representar um fenômeno social com profundos impactos à saúde da população feminina. Ainda que envolvidos por controvérsias e ocultados nas 'causas externas' dos dados epidemiológicos, a violência contra a mulher tem suas origens na histórica desigualdade de gênero, forjada pela assimetria de poder econômico e político entre homens e mulheres na sociedade. Segundo a OMS (2002), estudos internacionais mostraram que a violência contra as mulheres é muito mais grave e generalizada do que se suspeitava anteriormente. No Brasil, a luta histórica dos movimentos de mulheres e segmentos diversos da sociedade civil repercutiu para a consolidação de instrumentos jurídicos e sociais de proteção à mulher em situação de violência. Foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM); a Lei de Notificação Compulsória no caso de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas atendidas em serviços de saúde públicas ou privadas (Lei nº 10.778/2003, art. 13 da Lei nº 8.069/1990, art. 19 da Lei nº 10.741/2003); e a Lei Maria da Penha

(Lei nº 11.340/2006), que estabelece mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL 2012). Para a consolidação de tais instrumentos, é necessária a realização de estudos epidemiológicos para investigar o perfil da população violentada. O presente estudo apresenta o perfil epidemiológico de violência contra a mulher no Rio de Janeiro de 2006 a 2014, a partir de dois sistemas de notificação como bases de dados: o SINAN, vinculado ao SUS, e o Dossiê Mulher, vinculado ao Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo, analisando dois bancos de dados distintos referentes às notificações de atos de violência contra a mulher. O primeiro é o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), que notifica via Ficha de Notificação para Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Secretaria de Vigilância à Saúde, Ministério da Saúde). Fornece informações para a análise do perfil da morbidade e viabiliza um panorama das condições de saúde, nos níveis municipal, estadual e federal. O sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de notificação compulsória. O conceito de Violência para o SINAN está de acordo com as referências da OMS e Ministério da Saúde (OMS, 2012; BRASIL 2012). A segunda fonte é o Dossiê Mulher, organizado desde 2005 pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro (ISPRJ), e tem como base os registros de ocorrências, realizados nas delegacias policiais fluminenses, de homicídio doloso, tentativa de homicídio, lesão corporal dolosa, estupro e ameaça contra mulheres, abarcando, assim, parte da violência física, sexual e psicológica. Para o ISPRJ as definições de violência são estabelecidas de acordo com a Lei Maria da Penha. Em 2013 o mesmo, com o amadurecimento das discussões acerca

do tema e maior conhecimento sobre a base de dado utilizado ampliou a análise com oito novos títulos: "Tentativa de Estupro", "Dano", "Violação de Domicílio", "Supressão de Documento", "Constrangimento Ilegal", "Calúnia", "Difamação" e "Injúria". Isto ampliou o panorama da violência contra a mulher, observada em suas cinco formas: física, sexual, patrimonial, moral e psicológica. **RESULTADOS:** O município do Rio de Janeiro foi responsável por 91% das notificações de violência contra a mulher registradas pelos sistemas de saúde públicos e privados do Estado do Rio de Janeiro no SINAN no período de 2006 a 2014. Apenas 4% destas fichas de notificação do estado não tiveram o campo 37 (município de ocorrência) preenchido. As mulheres pretas e pardas representaram mais da metade das notificações anuais em ambos os sistemas: no SINAN, 54% e nas delegacias, 52%. Foi encontrada uma discrepância importante entre as duas fontes de informação quanto à faixa etária das mulheres que sofreram violência. Segundo o Instituto de Segurança Pública, a faixa etária entre 25 e 34 anos é a que apresenta mais notificações, e apenas 8% dos registros são de mulheres até 17 anos. Já o SINAN registra mais da metade (56%) das notificações entre crianças e adolescentes (0 a 17 anos). As mulheres vítimas de violência apresentaram baixa escolaridade: 72% das fichas preenchidas com dados referentes à escolaridade no SINAN eram de mulheres sem ensino médio completo. Porém, houve um percentual importante de negligência no preenchimento deste dado: 49% das fichas. Pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, 56% das mulheres vítimas de violência no estado do Rio de Janeiro são solteiras, enquanto pelo SINAN 33% são solteiras e 33% são casadas ou possuem união estável; Não se evidenciou relação direta entre a Lei Maria da Penha (2006) e o aumento das notificações, contudo a partir de 2011 as notificações nos sistemas aumentaram significativamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Podemos afirmar, a partir do perfil analisado no período, que as mulheres pretas e pardas sofreram mais violência do que mulheres brancas e amarelas, em ambos os sistemas de notificação. Parece haver uma dificuldade imensa das famílias em levar suas crianças e registrar ocorrências de situações em sua maioria intradomiciliares em delegacias. Já no caso dos serviços de saúde, isso é possível graças à ficha sigilosa e pró-atividade dos profissionais em investigar situações suspeitas e notificá-las, conforme os instrumentos do SUS. Apesar do preenchimento falho, aparentemente a maior parte das mulheres violentadas não possuía ensino médio completo. Não se evidenciou relação direta entre o ano de promulgação da Lei Maria da Penha (2006) e o aumento das notificações. Porém, a existência de políticas para a notificação tem avançado. Durante o levantamento de dados foram verificadas três limitações nas fontes de dados analisadas no presente estudo: 1. dados subestimados, pois muitos casos não são notificados; 2. quantidade significativa de campos das fichas de notificação/ ocorrência não preenchidos; e 3. possibilidade do não preenchimento correto de algumas variáveis por falta de treinamento e supervisão qualificada na coleta. Pode-se afirmar que no Estado do Rio de Janeiro há deficiência no preenchimento dos sistemas de notificação referentes à violência contra a mulher e que, apesar das garantias por lei, ainda está em desenvolvimento lento uma cultura de registro desse tipo de violência. Recomendamos a qualificação do preenchimento das fichas de notificação de violência, sobretudo pelo sistema de saúde, além da divulgação dos direitos das mulheres, para que as mesmas se sintam seguras em realizar a notificação no serviço de saúde ou o registro de ocorrência nas delegacias.

PREVALÊNCIA DE HOMICÍDIO DOLOSO ENTRE AS MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM CAMPO GRANDE/MATO GROSSO DO SUL

Kassandhra Pereira Zolin, Maria Auxiliadora de Souza Gerk, Cristina Brandt Nunes, Iluska Schultz

Palavras-chave: enfermagem, violência doméstica, feminicídio

O impacto causado pelo homicídio intencional vai além da perda humana, pois esse tipo de crime cria uma atmosfera de medo e incertezas para a família e comunidade da vítima. Pode-se classificar esse crime em três subcategorias: homicídio intencional relacionado a atividades criminosas, homicídio interpessoal e o homicídio sócio-político. O homicídio interpessoal é diferenciado de acordo com a natureza da relação entre a vítima e o criminoso. Sendo assim o homicídio pode ser causado por um parceiro íntimo, membro da família ou relacionado a outros tipos de conflitos pessoais (UNODC, 2013, tradução nossa). No Brasil, a Lei 13.104/2015 caracteriza como feminicídio qualquer homicídio doloso contra a mulher em virtude da condição de ser mulher; sendo assim, homicídio caracterizado como violência doméstica e familiar é um feminicídio (PINTO; MORAES; MONTEIRO, 2015). Um estudo anterior a Lei do Feminicídio com o objetivo mostrar a situação do homicídio de mulheres no Brasil, denota que entre os anos de 1980 e 2010 houve um aumento de 230% no homicídio feminino. Esse estudo utilizou como fonte o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, base de dados que sistematiza as informações contidas nos atestado de óbito, gerando assim estatísticas para ilustrar quais são as causas de morte da população em determina faixa etária em todo o

território brasileiro. Além do crescimento no número de mulheres assassinadas no país, o estudo evidenciou o quantitativo de crimes, no ano de 2010, nas capitais do Brasil. Em Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul, foi evidenciado um total de 22 homicídios dolosos em consequência da violência doméstica somente em no ano de 2010. A faixa etária que apresentou maior vitimização de mulheres, no ano de 2010, foi entre os 15 e 29 anos, e especificamente entre os 20 e 29 anos o número de vítimas foi maior (WAISELFISZ, 2012). Com o objetivo de estimar a prevalência de homicídio doloso entre as mulheres vítimas de violência doméstica em Campo Grande/MS, foi realizada uma pesquisa quantitativa, transversal e retrospectiva utilizando-se os dados do Sistema Integrado de Gestão Operacional (SIGO) da Secretaria de Justiça e Segurança Pública de Mato Grosso do Sul (SEJUSP/MS) referentes ao período entre março de 2010 e março de 2015. O Comitê de Ética Pesquisa Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), sob o parecer 890.305 de 2 de novembro de 2014, aprovou essa pesquisa científica. De acordo com os dados coletados o número de homicídios dolosos entre mulheres que sofreram violência doméstica ou feminicídio totalizou 16 casos entre março de 2010 e março de 2015. Sendo que 87,5% (14) dos casos aconteceram com mulheres maiores de 25 anos e os 12,5% (2) as vítimas tinham entre 18 e 25 anos. Os dados da SEJUSP/MS mostram uma vertente da situação do feminicídio em Campo Grande, entretanto é necessário utilizar outras bases de dados para melhor conhecer as estatísticas locais. Isso é necessário, pois se sabe que em outros estudos foi relatada a possibilidade de subnotificação nos casos de violência doméstica, visto que são muitas as vezes que as mulheres não denunciam a violência por medo do agressor, por não se verem em situação de violência e pela

vergonha do julgamento social (MOURA; NETTO; SOUZA, 2012). E especificamente nos casos dos homicídios dolosos em Campo Grande – MS, a subnotificação pode ser compreendida pela falta de um sistema que cruze as informações policiais com as informações do serviço de saúde, visto que quando a mulher adentra ao hospital com alguma lesão causada pela violência não existe uma contra-referência oficial para informar à SEJUSP/MS se tal agressão levou a vítima à óbito ou não. Sendo assim, essa subnotificação pode ser percebida em Campo Grande, comparando-se os números de homicídio contabilizados pela SEJUSP, entre os anos de 2010 e 2013, com os dados do SIM que registrou um total de 28 óbitos de mulheres no mesmo período. Essa divergência de dados citada anteriormente evidencia a necessidade de esse assunto extrapolar as fronteiras jurídicas e ser compreendido pela área da saúde. Isso porque os dados do SIM são um das indicações de que profissionais de saúde são grandes aliados no combate à violência doméstica. Viera, Padoin e Paula (2010) identificam o serviço de saúde como locus para a detecção dos casos de violência desde o acolhimento até a distribuição de suas demandas. Visto que os impactos da violência contra a mulher para a sua saúde vão dos agravos físicos à saúde mental. Tanto por essas razões de saúde individual quanto pelo fato da violência contra a mulher ser um problema mundial e persistente, desde 1993 com a Conferência Mundial de Direitos Humanos e a Declaração de Eliminação da Violência Contra a Mulher, é considerada como problema de saúde pública e violação dos direitos humanos a violência contra a mulher (WHO, 2005, tradução nossa). Sendo assim, a enfermagem que é comprometida com a promoção de saúde e é uma “apoiadora” da saúde do paciente, deve ter conhecimento técnico sobre violência e lutar para o

aprimoramento das ações e intervenções de combate à violência (ACOSTA, GOMES, BARLEM, 2013, tradução nossa). Espera-se que essa pesquisa possa contribuir, futuramente, como base tanto para projetos de intervenção com mulheres que sofrem e/ou sofreram violência doméstica, quanto para trabalhos de educação em saúde para crianças e adolescentes a fim de que cresçam conhecendo as causas associadas à violência e possam desenvolver estratégias para evitá-la. Além disso, os dados apontam para a necessidade da inclusão desse tema na grade curricular das graduações em enfermagem para que, os futuros enfermeiros saibam como atuar em casos de violência. A utilização de dados secundários nessa pesquisa foi uma das limitações do estudo, isso porque esses dados podem apresentar falhas de registro. Além do mais a não utilização dos boletins de ocorrência na íntegra resultou em um tipo e perda de informação, pois nesse conseguiríamos ver o relato do crime possibilitando assim melhor compreensão da ocorrência.

TRABALHO COM SEXO, PRECONCEITO E SAÚDE

Laura Camara Lima

Palavras-chave: saúde do trabalhador, trabalho com sexo, vulnerabilidade

Estudaremos a temática do trabalho sexual, do ponto de vista da psicologia social e saúde do trabalhador, tanto no que concerne o uso do próprio corpo como ferramenta de trabalho, quanto no que diz respeito às posições sociais e subjetivas de quem trabalha na chamada indústria do sexo. A constituição da prostituição como uma prática estigmatizada se fez ao longo da história onde vários fatores se entrelaçaram. Percebe-se que as mulheres envolvidas na prática da prostituição foram categorizadas

como responsáveis pela degradação física e moral dos homens e, por extensão, pela destruição das famílias como instituição. Entre esses se pode falar do vínculo - mais metafórico do que factual - que se faz entre a prostituição e a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Além disso, a formação do estigma relacionado à prostituição está associada também a fenômenos inaceitáveis como um todo, como é caso do tráfico de mulheres, crianças e adolescentes, da exploração sexual, do agenciamento da prostituição, entre outros. Assim, a prostituta carrega consigo, tanto para a sociedade como para si mesma enquanto concepção, o estigma de diversas práticas consideradas inadmissíveis. Os apelos sexuais são socialmente aceitos e usados como ferramenta pelo mercado financeiro a fim de atrair a atenção dos consumidores na consumação de diferentes produtos. Entretanto, quando se fala de propaganda relacionadas ao sexo, como anúncios de profissionais do sexo em jornais, revistas, internet e outros meios a aceitação e visão a respeito da propaganda muda de figura. O perfil das garotas de programa publicado em 2001, as descreve como sendo jovens que procuram esconder o que fazem, em função do preconceito social que enfrentam, apontadas como grupo de risco, veículos de doenças, modelos de imoralidade e objetos de opressão de todo tipo. Apesar dos preconceitos, a prostituição tem sido resgatada na tentativa de ser ressignificada, mediante programas de prevenção e tratamento a DST/AIDS, os quais mascaram a motivação pecuniária do Governo, uma vez que a indústria do sexo movimenta milhões. Neste contexto, parece válido perguntar se há conhecimento suficiente sobre os dilemas que atingem o cotidiano desses profissionais. Como esses trabalhadores se sentem tendo que exercer suas atividades em funções socialmente

desvalorizadas e «desvalorizantes», em relação às quais existe muito preconceito e às quais estão associadas imagens de imoralidade, sujeira e depravação da moral e dos bons costumes. Como esse trabalhador lida tais dilemas — se é que são dilemas —, como ele se vê e se sente, e como acha que é visto e sentido. Que tipo de relação subjetiva se estabelece com essa imagem a ele atribuída. Utilizamos guia de entrevista semi-aberta, elaborado com a colaboração de estudantes divididos em onze grupos de trabalho com quatro ou cinco membros. As questões abordam temas relacionados à experiência do trabalho: atividade, sentimento, autonomia, reconhecimento, realização pessoal, satisfação, identificação com a profissão, com a função, dificuldades de inserção profissional. Foram entrevistados 22 trabalhadores, metade de cada grupo: trabalhadores diretos do sexo, trabalhadores da indústria do sexo. As entrevistas foram transcritas e compartilhadas entre os pesquisadores. Os grupos de alunos realizaram análises e relatórios escritos que alimentaram o trabalho de síntese aqui apresentado. Existem inúmeras diferenças entre os profissionais entrevistados, tanto no quesito de como o trabalho é realizado, como o local onde ele é oferecido, como a condição socioeconômica do local, o horário de trabalho, o público-alvo e outras peculiaridades. Todos esses quesitos os dividem em diferentes posições e cada uma delas uma imagem diferente. Isso nos leva ao ponto que nos foi bastante claro durante as entrevistas: não existe uma categoria bem definida na qual todos se reconhecem, isto é, todas os profissionais não conseguiram se enquadrar num só lugar, como por exemplo: profissional do sexo. Eles se subdividem em grupos nos quais as diferenças são mais marcantes do que as semelhanças. A aceitação do próprio trabalho e da posição que o profissional assume é algo muito

difícil de ser elaborado. Chamou atenção a existência de discursos contraditórios, nos quais são nítidos os conflitos entre o que a pessoa demonstra, o que a pessoa sente e o que a pessoa diz. Encontramos também muita solidão, mais do que imaginávamos. Muitas profissionais do sexo relataram não possuir apoio da família. Esperávamos encontrar também profissionais falando da rede de cuidado criada pelos agentes de saúde que nos ajudaram e apoiaram nessa pesquisa, mas pouquíssimos participantes (apenas seis) declararam em sua resposta receber apoio deles, podemos atribuir esse número baixo de respostas ao vínculo criado com as agentes, que faz com que as mesmas as enxerguem como amigas não como representantes da saúde. As entrevistas mostraram que o sistema de saúde, no caso o SUS, é pouco receptivo ou pouco procurado para receber as demandas de saúde específicas das profissionais do sexo. A partir apenas de especulações nossas, talvez isso se justifique tanto por uma questão de serviços especializados indisponíveis para o tratamento, por uma questão possivelmente política. É possível que o tratamento recebido pelas profissionais do sexo seja pouco agradável, ou até mesmo hostil, encontrando o preconceito, não por uma questão particular aos serviços de saúde, mas por uma questão estrutural na sociedade na qual esses serviços estão inseridos. As entrevistas de nossa pergunta mostraram também que as próprias profissionais do sexo evitam procurar serviços de saúde especializados, para a profissão para não serem associadas formalmente a profissionais do sexo, sendo que muitas delas têm outras vidas de que precisam esconder a atividade profissional da prostituição. Portanto, os dados detectados pela pesquisa apontam que os desafios existentes no percurso de desconstrução dos processos preconceituosos e de estigma

para com os profissionais do sexo ainda necessita de muita implicação e mobilização da sociedade como um todo, para além da aceitação pública em relação à profissão. Vale ressaltar que o reconhecimento da profissão por meio dos órgãos competentes também é um eixo central na luta dos trabalhadores do sexo, pois, para além de sofrerem com preconceito do senso comum, devemos sempre lembrar que não gozam dos benefícios ofertados aos trabalhadores de outras áreas – pelo simples fato de seu trabalho não ser reconhecido oficialmente como trabalho. O que ficou muito claro para nós na realização deste trabalho é que, atrás de cada frase, entrevista e discurso, existia uma história pessoal, um sujeito que se apresentava não como estereótipo nem somente como identidade social, mas como indivíduo, atravessado pela própria história, pela sua concepção de si e pelas diversas forças que atuam na sua profissão – estigma, estereótipo, identidade, profissão, sexo – de forma que estudar as respostas é entrar na vida de cada uma das entrevistadas. As consequências do reconhecimento da profissão poderiam ser relevantes no ponto que permitiriam a segurança profissional em diversos setores, assim como também poderiam permitir políticas públicas, ou de outras iniciativas mais consistentes, específicas e adequadas para as profissionais do sexo. Em nossas entrevistas foi percebido o quanto a ausência, ainda que temporária, como gostaríamos de acreditar, da consolidação dessas iniciativas acabam provocando uma situação de extrema vulnerabilidade para as profissionais do sexo, sendo que o acesso aos serviços de saúde é baixo e outras formas de cuidado são insuficientes ou de baixa adesão.

VULNERABILIDADES DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM UNIDADE DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Patrícia Carla Schmidt, Roseana Maria Medeiros

Palavras-chave: Violência doméstica, Enfermagem, Discursos, Mulheres

Apresentação: Trata-se de um artigo originado da pesquisa intitulada: “Mulheres Negras e Vulnerabilidades de Saúde - Transversalidades por gênero e etnia” que tem por escopo discutir como as mulheres vítimas de violência doméstica relatam suas experiências nos serviços de urgência/emergência, com base na perspectiva do discurso foucaultiano. Para proporcionar um amparo no enfrentamento da violência, os movimentos feministas atuam com estratégias para criar a consciência de gênero, buscando reconhecer que as heterogeneidades entre homens e mulheres influenciam a violência de gênero, sendo esse um grandioso passo para minimizar essa infeliz realidade social. O Ministério da Saúde considera imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero no diagnóstico do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, para requerer a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2011a). O Conceito de violência contra as mulheres, adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, constitui-se como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado (BRASIL, 2011b, p.19). Por tratar-se de um conceito amplo, definiu-se que a violência doméstica e familiar assumem diversas formas tais como violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006). Sendo a violência doméstica

um grave problema de saúde pública, os serviços de urgência e emergência têm se constituído em porta de entrada para mulheres que sofreram alguma violência; neste cenário, visualizamos que ainda existem dificuldades de acesso aos serviços especializados, e poucos investimentos dos gestores, apesar de muito esforço e políticas públicas voltadas para essa questão. Mesmo assim, muitas mulheres ficam desassistidas desse tipo de atenção. A violência contra as mulheres em todas as suas formas é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade e raças. As mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e até mesmo violação dos direitos humanos, por isso a importância da humanização e a qualidade da atenção. Então pergunta-se porque os serviços de saúde, principalmente as portas de entradas - as unidades de urgência e emergência - que deveriam acolher as mulheres violentadas não cumprem essa tarefa, de modo a colaborar com a concretização das políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres? O objetivo deste artigo foi certificar-se através de discursos na perspectiva foucaultiana, como as mulheres vítimas de violência doméstica relatam suas experiências nos serviços de urgência/emergência. O artigo foi construído a partir da referida pesquisa a qual foi aprovada pelo CEPURIsobn^oCAAE:27972114.6.0000.5351. Este estudo foi desenvolvido no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de saúde e no Grupo de estudos em temáticas de Gênero, Mulheres, Etnia, Educação, Saúde e Trabalho do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI/Erechim com apoio/financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul. As participantes que declararam terem sofrido alguma situação

de violência doméstica que foram atendidas no serviço de urgência e emergência foram um total de quatro (4) dentro do universo de dezessete (17) mulheres que participaram da pesquisa. Após o aceite em participar do estudo foi lido, discutido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e com permissão das participantes as falas foram gravadas. Para a coleta de dados utilizou-se do método da entrevista semiestruturada. Esta fase da pesquisa ocorreu de setembro a novembro de 2014. A análise dos dados deu-se sob a perspectiva da Análise de Discurso de Michel Foucault (2007). Resultados e/ou impactos: Foucault (2007, p. 135) chama de discurso um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiam na mesma formação discursiva. O enunciado é caracterizado por Foucault como um campo enunciativo onde tem lugar e status, apresentando relações possíveis com o passado e lhe abre um futuro eventual, e não simplesmente a utilização de certo número de elementos e regras linguísticas (FOUCAULT, 2007). Para facilitar a argumentação dos enunciados, adotou-se a sigla MA (mulheres afrodescendentes) seguida de número arábico, conforme ordem de entrevistas gravadas. Santos (2004 apud VILLELA et.al., 2011) relata que alguns estudos têm mencionado comportamentos discriminatórios ou críticas morais por parte dos profissionais até mesmo da saúde, o que favorece que o relato da violência siga pouco frequente nesses serviços. Viera et. al. (2011) confirmam que a atenção à saúde das mulheres em situação de violência conforme o modelo de saúde que vigora, vem para reforçar o tecnicismo e o reducionismo biológico. Apontando ainda que a falta de preparo do profissional que realiza o atendimento repercute diretamente em uma atenção fragmentada e pouco resolutiva. Por essa razão é que não devemos esquecer de investir nos profissionais e, em ações de educação em

saúde, para que assim tornem-se mínimas as vulnerabilidades dessas mulheres e visem o empoderamento das mesmas para mudarem suas vidas (VIERA et. al. 2011). Dos saberes de como os serviços de saúde atendem as mulheres vítimas de violência, os “discursos” que apareceram formaram enunciados, cujos acontecimentos apontaram para a subjetivação e sujeição das mulheres as situações de violência doméstica. MA1 ao assumir seu discurso expressou que sofreu abuso sexual em sua própria casa quando era adolescente: “Eu fui abusada dentro de casa pelo meu próprio irmão [...] eu não consegui até hoje perdoar o meu irmão... porque não aconteceu só com um, aconteceu com dois (irmãos)” (MA1). Trazendo essas discussões para a correlação com a análise de discurso de Foucault, temos que a violência pode ser um instrumento utilizado nas relações de poder mas não um princípio básico da sua natureza (MAIA, 1995). Em si mesmo o poder não é violência nem consentimento o que, implicitamente, é renovável. Ele é uma estrutura de ações; ele induz, incita, seduz, facilita ou dificulta; ao extremo, ele constrange ou, entretanto, é sempre um modo de agir ou ser capaz de ações. Um conjunto de ações sobre outras ações (FOUCAULT, 1982, p. 220 apud MAIA, 1995, p. 90). A atuação do poder sobre os corpos que Foucault chamou de biopoder tem que ser percebida nas suas especificidades. Considerações finais: Constatou-se que o tema é extremamente complexo e abrangente. A violência contra a mulher e as relações que se estabelecem em uma unidade de urgência e emergência com os profissionais da saúde compõem um desafio inerente a esse cenário. A importância e necessidade de outros estudos analisando reflexivamente sobre essas relações interpessoais e profissionais, explorando os sentimentos e sensações da mulher vítima de violência frente à abordagem do profissional enfermeiro,

se dá de forma oportuna para prover o desenvolvimento de políticas e práticas em saúde transformadoras. Depreende-se das obras de Foucault que a violência deriva do poder com uma de suas armas. Através da realização do estudo percebeu-se que devemos ampliar nossos olhares como profissionais da saúde, necessitando desconstruir alguns pré-conceitos, em relação à mulher vítima de violência doméstica, que tão facilmente aplicamos no dia a dia, para de fato proporcionar um acolhimento a essas mulheres nas unidades de urgência e emergência.

Relatos de Experiências

COMPREENDENDO E COMBATENDO O BULLYING PARA A PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ NAS ESCOLAS, A PREVENÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE DOS EDUCANDOS E A GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS

Rejane Maria de Alencar Cunha Siqueira

Palavras-chave: Bullying- Escola- Saúde- Direitos Humanos

Muitas vezes, os jovens nas escolas são reduzidos a estereótipos que são construídos em relação a eles e que podem promover conflitos entre esses e o mundo adulto, bem como entre os próprios jovens. A sociedade cria ideologias e teorias para explicar essa diferença e justificar a discriminação. Fixa-se uma imagem social do outro que ao ressaltar a diferença, o transforma em problema social que assusta e incomoda. Nesse contexto, destaca-se o bullying escolar, que se manifesta através do bullying direto (agressões físicas e verbais) ou indireto (comentários discriminatórios e ou preconceituosos e exclusão de

estudantes dos grupos de pares). Além de comprometer o rendimento escolar, as vítimas de bullying tendem a se isolar, a apresentar baixa autoestima e a se recusar a ir à escola por vezes justificando problemas de saúde, ressaltando-se dificuldades de relacionamento e sintomas de depressão. Os jovens agressivos podem, mais tarde, se envolver em criminalidade, uso de drogas e agressão em família. Já as testemunhas do bullying sofrem pela convivência em um ambiente escolar tenso e em que as relações interpessoais se deterioram, podendo estar frequentemente apreensivas e temerosas de que possam ser as próximas vítimas, afetando assim, a sua saúde. Compreender esses comportamentos, eventos e situações geradoras de bullying é um passo importante para uma postura promotora de saúde, por isso a proposta do PSE de Resende (Programa Saúde na Escola) é atuar em processos de educação e saúde, no que diz respeito ao bullying escolar, considerando a realidade do território, a singularidade dos educandos, e a acessibilidade. A escola é um espaço privilegiado para a construção da cidadania, onde o convívio respeitoso pode ser capaz de contribuir para a garantia dos Direitos Humanos no sentido de evitar as manifestações de violência e fomentar a construção de uma cultura de paz. Para que as práticas de educação e saúde tornem-se concretas, o PSE escolheu a metodologia de oficinas que busca privilegiar o compromisso pedagógico com a produção de práticas libertadoras, o que possibilita a construção do conhecimento e do trabalho participativo com os estudantes. O nome “oficina” instiga a pensar num processo de aprendizagem que envolve uma ação concreta, o trabalho com ferramentas e instrumentos. Parte-se do pressuposto que processos de aprendizagem significativos envolvem superação da separação entre teoria e prática, assim como entre quem ensina e quem aprende. A equipe do PSE

propõe um processo de problematização sobre as situações que promovem e dificultam a vivência dos Direitos Humanos e da Cultura de Paz. Para isso é necessário partir do conhecimento que os estudantes já têm sobre a sua realidade. Como exemplo, a oficina “Dê um passo a frente”, desenvolvida com o ensino médio, teve o objetivo de promover a empatia e o respeito dentro do contexto da diferença, aumentar a conscientização sobre desigualdade de oportunidades na sociedade, a compreensão das minorias sociais ou grupos culturais e entender os Direitos Humanos. Num primeiro momento, em espaço aberto, criou-se um ambiente de trabalho colocando uma música suave. Os alunos receberam cartões contendo a descrição de personagens como: “Você é um jovem que se locomove em cadeira de rodas”; “Você é um usuário de drogas que mora com seus pais”; “Você é um homossexual gay ou lésbica”; “Você é um jovem morador de rua” e etc. Também personagens como “Você é filho de um fazendeiro rico do interior”; “Você é dono de uma empresa bem sucedida”; “Você é filho (a) do embaixador americano no Brasil”. No momento da abertura dos envelopes com os cartões, colocou-se uma música de suspense e os alunos sentaram-se no chão e incorporaram seus respectivos personagens por alguns minutos (em silêncio), enquanto algumas perguntas iam sendo feitas: Como foi a infância desse personagem? Como é sua vida cotidiana? Onde mora? Que tipo de estilo de vida tem? O que o deixa feliz? O que o deixa com medo? Etc. Os alunos fizeram uma linha, ficando um ao lado do outro, enquanto era lida uma lista de situações ou eventos como: “Você nunca teve uma dificuldade financeira grave”; “Você sente que a sua língua, religião e cultura são respeitadas na sociedade onde vive.”; “Você não tem medo de ser parado pela polícia”; “Você tem proteção social e médica quando precisa” e etc. Cada vez que

respondiam sim, davam um passo à frente, caso contrário, ficavam onde estavam. Todos olhavam ao redor e viam as suas posições em relação ao outro. Após, cada um revelava o personagem que representou, opinando sobre o que aconteceu e como se sentiram com a atividade. Problematizou-se as questões levantadas, as observações feitas e o que eles aprenderam. Foram sugeridas algumas perguntas que contribuiriam para fomentar a conversa: “Como se sentiram as pessoas que deram passos à frente?”; “Para aqueles que deram muitos passos à frente, quando começaram a perceber que outras pessoas estavam ficando para trás e que não davam tantos passos quanto eles, como se sentiram?”; “Será que o exercício espelha a sociedade de alguma maneira?” etc. Em seguida, foi passado um vídeo que fala sobre bullying e cyberbullying, suas práticas e consequências para que refletissem sobre o que viram e leram, fazendo uma relação com a atividade anterior. Após, assistiram ao vídeo com a música “Mais uma vez” do cantor e compositor Renato Russo. Por fim, foi feito um debate regrado com a temática e as situações apresentadas durante a oficina. Essas ações são inspiradas em valores como justiça, diversidade, respeito e solidariedade, que fortalecem a capacidade de reconhecer e efetuar trocas relacionais, que proporcionam aos educandos uma base estável e estimulam o seu potencial de resiliência ao longo da vida. Com as oficinas realizadas na escola, os jovens que se sentiram vítimas de bullying, foram orientados a procurarem a ajuda dos adultos, profissionais da escola, professores, orientadores, diretores, podendo ser encaminhados aos serviços de saúde em psicologia do PSE ou disponíveis nos postos de saúde, para que sejam capazes de solucionar os conflitos. Os professores também foram orientados a dar prosseguimento ao projeto durante as aulas. É a partir do apoio social recebido