

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

na escola, na família e na comunidade que o estudante que passou por situações de violência consegue tocar a vida para frente, construindo caminhos positivos e adotando um estilo de vida saudável, um comportamento de responsabilidade e cuidado mútuo. O sentimento de se sentir apoiado, precisa ser formado, mantido e renovado a cada dia.

### **MULHERES VULNERÁVEIS, EM REDES, POR VEZES, FRÁGEIS DEMAIS**

*Paula Land Curi, Jaqueline de Azevedo Fernandes Martins, Ivana Maria Fortunato de Barros*

Palavras-chave: violência sexual, rede, assistência

A violência sexual, paulatinamente, vem sendo reconhecida não só como uma questão de saúde pública, mas também como de violação de direitos humanos. É um fenômeno complexo, multicausal, subnotificado, que interfere tanto nos sujeitos quanto na coletividade. Produz uma série de agravos em saúde, sequelas orgânicas e/ou psíquicas, assim como traz importantes repercussões sociais, requerendo do Estado a formulação e implementação de políticas públicas, da mesma maneira que a organização de uma rede de serviços voltados a seu enfrentamento – sistematização de rede de cuidados e assistência. Embora as políticas nacionais de saúde incorporem a violência sexual contra a mulher como sendo uma de suas prioridades, as pesquisas evidenciam que ainda há um longo caminho a ser percorrido, pois, à violência é marcada pela invisibilidade, existindo diversos mecanismos para mascará-la e, inclusive, calar suas vítimas. Podemos dizer que, em na sociedade, as mulheres são, historicamente, sujeitos vulneráveis, que estão constantemente expostas às mais

diversas formas de violência. E, por isso, várias ações, especialmente a partir dos anos 90, foram realizadas na tentativa de se voltar esforços para seu enfrentamento e prevenção. Contudo, atenção às mulheres em situação de violência, em especial sexual, ainda se dá de maneira fragmentada e pontual. Enquanto alguns serviços se organizam em redes temáticas, lançando mão de estratégias em busca de ampliação da resolubilidade e a integralidade da atenção, outros permanecem fragilizados, desarticulados dos demais serviços, com ações fragmentadas e, por conseguinte, ineficientes. Por isso, nosso trabalho pretende discutir e ratificar a necessidade de se delimitar e sistematizar a rede de cuidados e assistência, que são oferecidas às mulheres que são violentadas sexualmente. Propomos a reflexão a partir de experiências de trabalho realizadas em unidades de saúde, do Sistema Único de Saúde, denominadas “portas de entrada”, “unidades de referência”. A partir delas, evidencia-se o quanto a sistematização em rede temática é condição imprescindível para a promoção de cuidados em saúde destas mulheres. A primeira experiência de trabalho se deu numa unidade materno-infantil, no município do Rio de Janeiro, como profissional psi. Nesta maternidade, ao longo dos anos, foi criado um fluxo de trabalho não só dentro dos muros hospitalares, mas também em todo o território. Se, de um lado, tem uma equipe mínima, treinada e capacitada para oferecer um atendimento humanizado às mulheres que davam entrada na unidade, por conta das violências sofridas, de outro, tinham vários atores que compunham a rede intersetorial de atenção e cuidados. A verdadeira consolidação de uma unidade de referência só se deu quando houve o entendimento dos diversos profissionais que o trabalho com violência, em rede temática, convoca parcerias diversas nos serviços e fora deles, ou seja, no seu território. Para isso, se criou

como estratégia o estabelecimento de reuniões bimestrais com os vários setores, profissionais e segmentos sociais disponíveis naquele território, para que, juntos, pudéssemos discutir o trabalho. Apesar de nos depararmos com as várias fragilidades do sistema, nosso trabalho caminhava na direção de tentar ultrapassar as barreiras e eventuais lacunas. Depois de mais de uma década de trabalho em unidades voltadas à saúde da mulher, unidades essas que tomam a mulher como foco e objeto de intervenção, iniciamos um trabalho com as mulheres vítimas, num hospital universitário. O Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, é um dispositivo de saúde de alta complexidade, referência para chamada região Metropolitana II, atendendo assim uma população estimada de cerca de dois milhões de habitantes, oriundos de diversos municípios contíguos à cidade de Niterói, onde está localizado. Embora localizado no centro de Niterói, de ser uma unidade de acesso fácil e de ser uma das unidades de referência da rede de saúde de Niterói para atendimento às mulheres vítimas, a entrada na unidade de mulheres violentadas é ínfima. Em 2015, apenas cerca de 10 mulheres compareceram a unidade para iniciar o protocolo de assistência. Diante desses números, apresentou-se a necessidade de rever fluxos e processos, delimitar e sistematizar a rede de atenção e cuidados. Mas, como inserir um hospital repleto de doenças raras, tratamentos custosos, longos e invasivos, numa rede temática de violência? Que tessitura se faz necessária? Apesar dos serviços de saúde serem estratégicos, no que diz respeito à assistência integral, o que se faz mais evidente é que nessa unidade, a violência contra a mulher, mesmo que sexual, muitas vezes ainda permanece invisível. O hospital universitário conta com a presença, já a alguns anos, de um projeto extensionista intitulado SOS Mulher, que tem como

objetivo assistir as mulheres vítimas de violência sexual e doméstica. Mas, o que hoje vemos, é que o fluxo de funcionamento da assistência, quer dentro da unidade quer no território, está desarticulado, produzindo, consequentemente, iatrogenias. Chamado de rede de atenção a uma forma de organização entre instituições, em parcerias. Está para além dos fluxos simplesmente descritos e publicizados. Como conjunto de serviços e ações, articulados politicamente em níveis de complexidade, uma rede preza pela autonomia dos setores envolvidos. Mas, estruturar uma rede temática, como a de atenção às mulheres em situação de violência sexual, é um processo contínuo e permanente de articulação e comprometimento entre os setores envolvidos. Demanda ações que vão desde o diagnóstico dos serviços disponíveis no território até o seu monitoramento constante e (re)avaliação. Temos que ter clareza de que não podemos tratar a violência como um fato isolado da vida dos sujeitos, como algo que se refere ao campo privado e que demande apenas intervenção de um saber biomédico desarticulado do contexto biopsicossocial. Trabalhar com violência sexual requer, antes de tudo, uma rede articulada de serviços no território, que evitem a peregrinação das vítimas por vários (des)caminhos. Assim, torna-se necessário dar visibilidade e voz às violências sofridas pelas mulheres, desnaturalizando opressões e agressões que estas sofrem e tratando-as como problemas sociais e de saúde pública. Para tanto, é preciso analisar e dar a devida importância ao contexto e relações em que essas mulheres se inserem e para além dos agravos físicos cujo cuidado centra-se no aspecto biomédico, entender o cuidado como interdisciplinar e intersetorial. Desta forma, é possível além de tratar, cuidar e criar manejos para o enfrentamento da violência como um fenômeno que acomete não só uma mulher, mas muitas e todos os dias.

## O CUIDADO COM A SAÚDE DAS TRAVESTIS QUE SOFREM VIOLÊNCIA

*Scharllet Machado de Gasperi, Martha Helena Teixeira de Souza*

Palavras-chave: Travestis, Violência, Cuidados de Enfermagem

**INTRODUÇÃO:** Travesti é uma pessoa do sexo biológico masculino que incorpora características físicas do sexo feminino, através de intervenções cirúrgicas e ingestão de hormônios, que se veste e porta-se de forma semelhante ao indivíduo do sexo feminino, porém, conservando o órgão sexual masculino (LIMA, 2013). As travestilidades no Brasil estão marcadas por uma recusa social dessa expressão de gênero, o que leva à situações de violência invisibilizadas, quando não toleradas que marcam de forma dramática muitas vidas. Travesti não é sinônimo de prostituição, entretanto, as situações de exclusão do espaço familiar e os abusos vivenciados na escola dificultam o acesso ao trabalho formal, sendo a prostituição a única alternativa. Há a necessidade de construção de um conhecimento sobre como as travestis profissionais do sexo vivem, seus riscos e suas estratégias de proteção e sobrevivência (SANTOS, 2007). Para tanto é imprescindível a percepção desses riscos, buscando construir com essa população estratégias de promoção e proteção de sua saúde. **OBJETIVO:** Compreender como travestis que se prostituem em Santa Maria/RS vivenciam a violência no seu cotidiano, visando uma reflexão do atendimento desta população nos serviços de saúde e a formação dos profissionais de saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritivo-exploratória, realizado com travestis que se prostituem em Santa Maria/RS. Participaram da pesquisa 49 travestis profissionais do sexo, maiores de 18 anos. A aceitação das

interlocutoras foi efetivada com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Franciscano com o número 017.2010.2 e atende a Resolução n 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2013 e foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas com a autorização formal das entrevistadas. Para a coleta dos dados foram acessados os pontos de prostituição e residências de travestis. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A maioria das travestis que participaram da pesquisa divide aluguel com outras travestis, espaços nos quais se identificam por “manas” – sendo uma constante o perambular na região pela busca dos “pensionatos”. Desde o início do trabalho de campo, observamos claramente a exposição à situações de violências físicas como uma constante no cotidiano das travestis. As travestis são também vítimas de ofensas verbais em diferentes contextos, como família, escola, pontos de prostituição, espaços públicos. As narrativas de nossas interlocutoras descrevem processos que, atuando contra a diferença dos corpos das travestis, implementam e naturalizam a violência nas famílias, nas escolas, nas delegacias e nos serviços de saúde. As falas das travestis fazem referência à violências que perpassam suas trajetórias, indicando um contexto que percebem como violento. A análise das falas levou a compreender que há um tema central que expressa como representam a violência vivenciada: ser diferente gera a violência. Para evitar a violência, esconder-se é uma palavra que as travestis conhecem bem. A maioria passa grande parte da vida em casa, omitindo documentos, só conseguindo subempregos e fugindo de constrangimentos (COUTO, 1999). Apesar de 100% das travestis

entrevistadas relataram vivências com situações de violência em diversos contextos, foi frequente ouvir que esses fatos eram tão incorporados em sua rotina que muitas vezes eram assumidos como “merecimento”. Autores mostraram que a violência que atinge travestis, sobretudo as que atuam como profissionais do sexo, é mais agressiva do que a que tende a vitimar outros homossexuais, particularmente os que não exibem os sinais de diferença no corpo (CARRARA, VIANA, 2006; PERES, 2005). As travestis vivenciam situações de opressão e discriminação desde quando suas escolhas e mudanças corporais começam a tornar-se conhecidas e comumente afastam-se da família e da escola. É dentro de casa e na própria família que o preconceito e a discriminação assumem características de crueldade, incluindo insultos, tratamentos compulsórios, humilhação, agressão física e até a expulsão do lar (MOTT ET AL., 2002). Envoltas em violência, é natural que as travestis sintam em seus corpos as marcas da violência. Muitas situações narradas pelas interlocutoras descrevem ferimentos, os quais necessitariam cuidados, no entanto, foi comum elas evitarem os serviços públicos de saúde para esse atendimento. Na maioria dos casos, os serviços de saúde não rompem o ciclo da violência contra as travestis, pois os profissionais de saúde, não tiveram em sua formação ferramentas que lhes possibilitem compreender o universo travesti, (MULLER, KNAUTH, 2008). São muitos os problemas indicados pelas interlocutoras no atendimento à saúde das travestis, que ao contrário de atuar amenizando a violência, cuidando e acolhendo integral e equanimemente, os profissionais classificam as travestis em categorias rígidas, heteronormativas, por meio de mecanismos complexos de patologização, criminalização e exclusão. A saúde das travestis é relegada à automedicação ou à ação de “bombadeiras”, as travestis mais velhas, que adquiriram

experiência em injetar silicone industrial. Portanto, não apenas os agravos causados pelas situações de violência fazem com que as travestis necessitem de cuidados com a saúde, a construção do corpo exige cuidados especiais. Os serviços de saúde tendem a organizar-se para uma clientela heterossexual, limitando possibilidades de atuação junto a pacientes LGBT. Em função dos desafios vivenciados por profissionais da saúde diante do cuidado com esta população, é que essa temática deve ser cada vez mais discutida ainda na graduação, possibilitando a comunidade acadêmica à visualização do processo saúde/doença em diferentes cenários e contextos e contribuindo para minimizar e combater qualquer forma de preconceito no processo formativo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As diversas formas de violência vivenciadas nas trajetórias das travestis interferem diretamente na sua saúde. Além de distanciá-las da família e das relações de parentesco, acabam por afastá-las das escolas e dos serviços de saúde, que replicam a violência. Verifica-se a necessidade de uma orientação sólida que prepare os acadêmicos para buscar conhecer a necessidade dessa população, tendo em vista os princípios do SUS. É preciso ampliar os espaços de discussões sobre o tema, envolvendo os profissionais e os serviços de saúde na busca de políticas públicas eficazes e que preparem os profissionais através da educação em saúde, para lidar com as diferentes necessidades desta parcela da população que necessita de um cuidado digno e de qualidade.

## O PET-REDES COMO UMA POTÊNCIA INDUTORA DO MATRICIAMENTO E DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

*Ana Carolina Ametlla Guimaraes, Alessandro Diogo de Carli*

Palavras-chave: matriciamento, ESF, álcool e outras drogas

**Apresentação:** O objetivo deste relato de experiência consiste em descrever as dificuldades e as estratégias utilizadas no trabalho de matriciamento junto a uma equipe de Estratégia de Saúde da Família para o acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas. Trata-se de um projeto vinculado ao PET-REDES. Destaca-se a estranheza das equipes de saúde diante da clínica álcool e drogas e a dificuldade em operacionalizar as ações voltadas ao cuidado dessas pessoas de forma efetiva na rotina das Estratégias de Saúde da Família. **Desenvolvimento:** Previamente ao início das ações propostas pelo PET-Redes da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), fez-se o diagnóstico situacional referente à problemática álcool e/ou outras drogas. Identificaram-se duas áreas de maior frequência deste agravo na cidade de Campo Grande (MS): um território pertencente a uma unidade de ESF e outro a uma Unidade Básica de Saúde, sendo que esse relato de experiência será centrado nas ações do PET-Redes ocorridas junto à equipe da ESF. A partir desses dados é que todo o subprojeto do PET-Redes foi proposto, tendo seu início em agosto de 2013. Participaram desse projeto de matriciamento vinculado ao PET-Redes os preceptores: três profissionais da equipe técnica do CAPS ad, um representante da gestão, uma profissional da ESF. Oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), doze acadêmicos de diferentes cursos de graduação da UFMS e um tutor/coordenador, também desta instituição. A autora deste relato de experiência é uma psiquiatra, que se encontrava como gestora na Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande, como coordenadora da atenção especializada deste município. Trata-se da descrição dos relatos das primeiras seis reuniões realizadas

conjuntamente com a equipe da ESF e os componentes do PET-Redes (reuniões preparatórias) e também da descrição de três abordagens conjuntas realizadas pela equipe, com alguns usuários identificados na comunidade que apresentavam problemas relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas. Vamos nos ater mais as reuniões preliminares, que foram encontros preparatórios para o desenvolvimento da proposta do PET-Redes. O foco deste relato ficou centrado nas principais dificuldades encontradas na execução da proposta de fomento a esse tipo de apoio matricial e nas estratégias elaboradas para a superação dos problemas apresentados. Logo no primeiro encontro, houve a exposição da proposta de trabalho junto à equipe da ESF. Nesse momento o objetivo foi de estimular a identificação das pessoas com intenso sofrimento em função do consumo de álcool e/ou outras drogas, de fomentar a busca ativa destas no território adscrito e também de abertura para que a equipe pudesse trazer questões do seu cotidiano, relacionadas a esse tema. Os ACS mostraram-se, desde os primeiros encontros, receosos diante da proposta do grupo. Assumindo na maioria das reuniões uma posição de oposição em relação à abordagem proposta. Tanta resistência por parte de alguns membros chegou a ser manifesta como recusa formal ao trabalho. Várias alegações eram usadas por parte dos ACS, a mais recorrente era a de que não se sentiam seguros para o trabalho com essa população específica, mesmo que o grupo do PET-Redes reafirmasse sua presença constante, para poder apoiá-los em todo o percurso, inclusive na abordagem em campo. Era comum o questionamento: “Quem garante que não vão achar que nós estamos querendo saber essas coisas para contar à polícia?” ou “Vocês estão falando isso, mas depois vão embora e somos nós que ficamos aqui”. O entendimento de que o uso de álcool e/ou outras drogas não traz em si uma questão de saúde e sim

uma fragilidade moral também foi uma das questões presentes nesses encontros. Isso ficou evidente devido ao fato de que a maioria dos ACS nem sequer abordavam essas questões com as famílias. Quando questionados quanto ao motivo de não abordarem esta temática, a razão apontada foi de que não se sentiam a vontade para perguntar, de que não sabiam como mencionar o tema ou ainda alegando que: “Essas questões de intimidade não nos dizem respeito”. Esse tipo de entendimento, frente à demanda álcool e/ou outras drogas, demonstra o quanto essas questões não são consideradas um problema de saúde pública, mas um problema do usuário, fato que promove a fragilização do vínculo entre a ESF e a comunidade, bem como com os outros dispositivos da RAS. Essa associação da figura do usuário de álcool e/ou outras drogas como, necessariamente, uma pessoa também envolvida com situações de violência e criminalidade apareceu com frequência no discurso dos trabalhadores. A elaboração do PTS ainda não era parte do processo de trabalho nessa ESF, logo, tal proposta requereu que o grupo elaborasse uma oficina para a participação de toda a equipe antes que pudessemos efetivamente iniciar o PTS junto aos pacientes e familiares. **Resultados:** Ao total identificaram-se vinte e nove famílias que tinham mais de um ou pelo menos uma pessoa com problemas relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas. Planejou-se chamar a cada encontro, seis usuários para uma avaliação pela equipe com o intuito de aproximação destes usuários que possibilitasse o início da elaboração dos PTS. Até o momento foram realizados três encontros, nos quais compareceram nove usuários. Visitas domiciliares consentidas estão sendo agendadas como estratégia de busca para os casos que não compareceram a Unidade de Saúde. Constatou-se com essa experiência, uma grande resistência para a efetivação destes casos na Atenção Básica e que a

abordagem que vinha sendo realizada até então, justificada pela dificuldade da equipe da ESF em abordar o tema, era a de se dirigir à família e não diretamente ao usuário que apresentava problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas. Contribuindo para a não efetivação do protagonismo dos usuários, sujeitando-os às ações de saúde prescritivas e muito pouco compartilhadas. Com isso, passou-se a sempre que se pretendesse oferecer ajuda, fazê-lo diretamente aos usuários. **Considerações Finais.** Consolidar ações de cunho matricial com as equipes da ESF ainda é tarefa incipiente. Sensibilizar os profissionais para o sofrimento relacionado ao consumo de álcool e/ou outras drogas, superando o estigma e o medo dos trabalhadores em lidar com essa temática em seu cotidiano, são as principais dificuldades a serem trabalhadas para que qualquer ação nesse sentido possa ser implementada. Faz-se necessário, instituir práticas voltadas para o acompanhamento dessa clientela, tornando as ações de saúde mental e a abordagem ao sofrimento psíquico como parte integrante das ações na Atenção Básica. Tornar as ações voltadas para as pessoas com sofrimento psíquico em função do uso de álcool e/ou outras drogas rotineiras nos dispositivos da Atenção Básica, possibilita o acompanhamento mais efetivo de cada caso. Para tanto, as equipes precisam superar o entendimento de que o encaminhamento para a atenção especializada é a única resposta a ser ofertada. A manutenção de projetos de troca de saberes como o que foi proposto pelas ações do PET-REDES, que fomentem ações intersetoriais e confirmem apoio matricial à ESF, consegue modificar a lógica de trabalho instituído, pois possibilita construir junto às equipes e a comunidade novas alternativas de cuidado. Tal iniciativa, inserida de forma contínua no cotidiano do serviço, possibilita modificações bem mais consistentes do que as intervenções pontuais realizadas até então.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO: A FORMAÇÃO CONTINUADA DE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

*Sheila Kocourek, Marli Matiko Anraku Campos, Rossato M.D. Verginia, Simoni Silva da Silva, Giane Silveira*

Palavras-chave: Violência Doméstica, Educação em Saúde, Formação em Saúde

**APRESENTAÇÃO:** A violência é um fenômeno mundial que tem um impacto negativo de grande magnitude e, no Brasil, apresenta-se hoje como um grave problema de saúde pública, impactando na qualidade de vida da população tanto pelo número de vítimas fatais que produz, quanto pelas comorbidades biopsicosociais que dela decorrem. Para a Organização Mundial da Saúde, considera-se como violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Este trabalho relata os desdobramentos, fomentados a partir de um projeto de pesquisa. Este projeto de pesquisa teve como objetivo identificar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde mediante pessoas que sofreram violência doméstica, que atuam nos serviços de Urgência e Emergência que atuam um município do interior do Rio Grande do Sul. Ambos os projetos foram fomentados pelo PET Redes de Atenção a Saúde. O estudo entrevistou 187 profissionais, dos quais 91% já atenderam vítimas de violência doméstica. Deste universo, 31,55% dos profissionais entrevistados relataram a necessidade de obter formação continuada

para aumentar a eficácia suas práticas. Além disso, 48% apontaram o interesse por cursos que viessem a contribuir na qualificação dos profissionais e estudantes na melhoria da identificação e atendimento às vítimas de violência. Mediante tais achados de pesquisa elaborou-se um projeto de extensão intitulado “Qualificando o atendimento às vítimas de violência”, onde foram desenvolvidas ações com intuito de qualificar os estudantes da graduação da área da saúde, bem como profissionais da saúde do município. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Com vistas a contribuir na qualificação dos profissionais da saúde que atuam na rede de urgência e emergência, bem como junto aos estudantes de graduação da área da saúde, em uma Universidade Federal do interior do RS, realizaram-se oficinas junto aos cursos de Graduação de Enfermagem, Farmácia, Terapia Ocupacional e profissional da saúde que atuam nos serviços de Urgência e Emergência. Primeiramente realizou-se o contato com os coordenadores de cada curso e entregue um convite a estes, com as propostas do projeto de intervenção e solicitando espaço para a realização das capacitações. Para os profissionais dos serviços de Urgência e Emergência, foi enviado o convite para as coordenações dos serviços e agendada uma reunião para a realização da oficina. As oficinas foram coordenadas pelos preceptores e bolsistas, tendo sido empregado um tempo de aproximado uma hora. Concomitante a preparação das oficinas elaborou-se um “Guia da rede de atenção as vítimas de violência”, com vistas a registrar conceitos, fluxos e instituições capazes de acolher pessoas que sofreram violência. Foi impresso uma tiragem de 500 exemplares do referido Guia, os quais foram distribuídos durante as oficinas. Nas oficinas, foram abordados diversos temas relacionados ao fenômeno da violência, a saber: conceitos;

natureza e tipologia de violência; fluxos de encaminhamento; importância da notificação; instrutivo de preenchimento da ficha de notificação, explicações referentes ao preenchimento detalhado da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada; esclarecimentos sobre as legislações relacionadas a temática como a Constituição Federal, Estatuto da Criança e Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei Maria da Penha, Lei de Notificação Compulsória da Violência contra a Mulher, entre outras. Também foram realizadas apresentação dos fluxos de encaminhamento das vítimas de violência. Foram explanados os diversos dispositivos que podem intervir, identificar e prevenir novas situações de violência como escolas, família, comunidade, Unidades de Atenção Primária em Saúde, Centro de Referência de Assistência Social CREAS, Hospitais, Centros de Atenção Psicossocial CAPS, Conselho Tutelar, Organizações da sociedade civil – lideranças comunitárias, Igrejas, Delegacias, entre outros dispositivos que tecem essa rede de proteção. Por meio desta rede os profissionais da saúde visualizam as potencialidades do seu território, bem como observam que existem serviços com potencial identificador de situações de violência, serviços para atendimento especializado, serviços para denúncia e notificação dessas situações, além de serviços para apoio às vítimas e familiares, e que cada um dos pontos dessa rede tem seu papel e sua contribuição (ARPINI, 2008). **RESULTADOS E IMPACTOS:** Ao todo foram contemplados um total de 117 estudantes e profissionais da área da saúde. Ao término de cada oficina foi entregue um instrumento de avaliação para realização do feedback. Entre os participantes 6,83% eram Residentes do Programa Multiprofissional, 11,96% estudantes do curso de graduação de Enfermagem, 30,77% da Farmácia e 38,48% da Terapia Ocupacional. Do total de participantes 11,96% eram profissionais

que trabalham em serviços de urgência e emergência. Quanto aos participantes das oficinas, majoritariamente eram do sexo feminino (84,6%). No que diz respeito a faixa etária 58,1% possuem entre 21 a 30 anos; 31,6% entre 21 anos ou menos. Considerando que o maior público foi de estudantes, verificou-se que maioria deles possuía educação superior incompleto (76%). Durante as oficinas de qualificação, percebeu-se que os profissionais que têm dificuldade de identificar corretamente os tipos de violações a que uma vítima foi submetida. Isso interfere na prevenção das múltiplas expressões da violência e no tempo de resposta às situações, que é um elemento fundamental para as ações de intervenção nos casos de violência física e sexual, por exemplo, onde há a necessidade de profilaxias e intervenções imediatas. Ainda por meio do instrumento 79% dos participantes relataram que com certeza irão utilizar com frequência os conteúdos abordados, sendo que 95% avaliaram os conteúdos de grande relevância. Com a análise da avaliação dos participantes também foi possível revelar o interesse dos estudantes e profissionais em obter conhecimento aprofundado sobre o tema, pois estes, entendendo a relevância e a necessidade de preparar-se, solicitaram mais encontros para a formação continuada no âmbito da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conforme já mencionado, a violência é um fenômeno que cresce expressivamente no âmbito da saúde, cujo alcance se estende ao coletivo, uma vez que atinge não apenas diretamente a vítima, mas toda a família, bem como a sociedade. O enfrentamento da violência, por tratar-se de um fenômeno complexo e multifacetado, demanda estratégias diversas. O profissional precisa ter habilidade de atuar em equipe, compartilhar responsabilidades, articular instituições e equipamentos sociais de apoio. Além de um perfil desejado, a prática

humanizada e a qualificação permanente dos profissionais da saúde são fundamentais na identificação da violência doméstica, sobretudo quando exercem a prevenção e o cuidado das vítimas. A violência doméstica é um problema evitável, mediante ações de prevenção, diminuição e erradicação da violência. Entre os fatores que determinam a ruptura do ciclo de violência, está a identificação e o correto encaminhamento à rede de serviços. Por isso é crucial qualificar os profissionais de forma a torná-los a espinha dorsal na assistência e proteção das vítimas, enfatizando a necessidade urgente de integração entre diferentes setores, como saúde, justiça, bem-estar social e educação, na perspectiva de atuação na saúde baseada em equipes multidisciplinares.

#### **SERVIÇO DE SAÚDE E REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: A NECESSIDADE DE VENCER BARREIRAS PARA CONSTRUIR PARCERIAS E GARANTIR INTEGRALIDADE**

*Bianca Garcia Cappelli*

Palavras-chave: Gênero, violência, integralidade

APRESENTAÇÃO: Atuo como Coordenadora de um Centro Especializado de Atendimento à Mulher- CEAM Chiquinha Gonzaga - equipamento da Secretaria Especial de Política para as Mulheres do município do Rio de Janeiro, que integra a Rede de Serviços Especializada para Enfrentamento à Violência contra a Mulher. A Rede de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher pressupõe uma atuação articulada entre as instituições / serviços governamentais e não governamentais e a comunidade, visando estratégias de prevenção e políticas que garantam a autonomia das mulheres, seus direitos e assistência. O fenômeno da violência contra as mulheres é complexo e

apresenta multicausalidade, demandando uma intervenção multidisciplinar e intersetorial. O CEAM realiza atendimento social, psicológico e prestação jurídica para mulheres em situação de violência, de modo a promover uma reflexão qualificada através do questionamento das relações de gênero e dos papéis desempenhados por homens e mulheres, que legitimam as desigualdades e a violência contra as mulheres. Diversos estudos relatam que essas situações são importante fator de risco para vários problemas de saúde, físicos e mentais, caracterizando os serviços de saúde como uma porta de entrada privilegiada para esses casos. Apesar disso, a reprodução de uma lógica fragmentada própria do cientificismo, as práticas procedimentais - centradas, a dicotomia entre educação e trabalho, o isolamento do sujeito de seu contexto social e histórico, e a violência categorizada como um problema de ordem social são algumas das barreiras que avaliamos ter impacto direto na identificação dos casos e das demandas que perpassam a situação manifestada através do processo de doença. Assumindo que a Rede de Serviços de Enfrentamento à Violência contra a Mulher ainda é desconhecida por muitos profissionais na área da saúde, nos propusemos a fazer visitas institucionais, palestras, rodas de conversa e oficinas, de forma a problematizar e promover parcerias. Venho propondo também uma reflexão sobre a necessidade de se incorporar ao processo de formação dos profissionais de saúde a discussão sobre o atendimento integral às situações de violência perpetradas contra a mulher, com o objetivo de tirar esses casos da invisibilidade e incorporá-los como objeto de intervenção da saúde. Visando dar sua contribuição, o CEAM se tornou campo de prática para a Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA/UFRJ. Minha

experiência como preceptora da Residência, vem comprovando que os profissionais que passam por processos de sensibilização, desenvolvem um olhar ampliado e implicado com essa temática, que se manifesta na sua práxis diária. Uma vez que o profissional está instrumentalizado, temos a oportunidade de desconstruir a ideia de que essa será mais uma demanda a sobrecarregar o seu trabalho, pois ele passa a compreender a relevância de sua atuação para minorar ou sanar os rebatimentos da violência na saúde da mulher. Uma das parcerias estabelecida com a ajuda dos residentes, importantes interlocutores, foi com o Instituto de Ginecologia Moncorvo Filho (IG) uma unidade de ensino, pesquisa e extensão que compõe o complexo médico-hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Durante o dia destinado a realizar estudos de caso no Centro de Estudos da unidade, foi reservado um espaço para que o CEAM pudesse se apresentar, problematizando questões relativas a gênero e violência contra a mulher, mas também sinalizando caminhos e possibilidades de encaminhamento. Em função dessa apresentação, passamos a discutir com a chefia de enfermagem da unidade a possibilidade de realizarmos oficinas com os profissionais, e houve uma aproximação entre os serviços. Ainda sim, há de se ressaltar que mesmo sabendo da existência do CEAM, os encaminhamentos não passaram a acontecer imediatamente. Não basta apresentar o serviço, é preciso que se crie um espaço privilegiado para discussão desses casos, na perspectiva de desconstruir preconceitos e vislumbrar a construção de práticas integradas de acompanhamento que se mostrem eficazes. Alguns meses depois, recebemos no CEAM a ligação de uma assistente social que trabalha no IG, relatando o caso de uma usuária que tinha sido vítima de violência sexual e estava internada. Normalmente

recebemos as mulheres para atendimento no CEAM, mas pela gravidade do caso e o fato da mulher estar internada em decorrência da violência, nossa psicóloga foi até o local realizar o primeiro contato, fazer a primeira escuta, na perspectiva de estabelecer vínculo. Quando ela teve alta, passou então a ser atendida no CEAM, mas dadas a dependência econômica do namorado e a depressão desencadeada em função da violência sexual, faltou alguns dias ao acompanhamento. Imperativo destacar nesse momento a parceria estabelecida com o IG, pois como ela também continua sendo acompanhada na unidade, o assistente social teve a oportunidade de identificar as faltas ao CEAM, trabalhar com ela a importância dessa proposta de reflexão e construção de novas possibilidades, e nos dar um retorno. Realizando essa troca, nós os serviços, de saúde e da Rede Especializada de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, nos comprometemos a empreender todos os esforços para que ela receba o cuidado que se faz necessário. O meu saber e o meu fazer se somam ao seu saber e ao seu fazer em prol do benefício das mulheres. Abandonamos nossas “caixinhas” para estabelecer parcerias, relações institucionais, realizar estudos de caso, oficinas, práticas multidisciplinares, que garantirão a integralidade desse cuidado. A OMS identifica a violência contra a mulher como um caso de saúde pública, que além dos prejuízos à saúde física e psíquica da mulher e de seus filhos, caso haja, traz prejuízos econômicos em virtude das faltas ao trabalho, grandes períodos de licença, aposentadorias precoces. É um fenômeno devastador, que assola mulheres em toda parte do mundo, independente de classe social, etnia, religião, idade ou orientação sexual. Partindo da premissa que essas situações são importante fator de risco para diversos problemas de saúde das mulheres, a identificação da violência,

elemento disparador de processos de adoecimento possibilitaria uma mudança na assistência prestada, garantindo através de ações multidisciplinares e intersetoriais, um atendimento integral; precisamos que a violência seja vista como objeto das práticas de saúde, para além de suas repercussões. A ampliação do olhar para identificação dos casos, o acolhimento destituído de julgamentos e o encaminhamento para a Rede Especializada são a única forma de impedir que a mulher seja submetida a mais uma violência, a institucional, quando vaga pelos serviços em busca de um atendimento que garanta seus direitos, todos eles previstos em leis e normativas.

#### **VERSUS DE MÃOS DADAS COM A DIVERSIDADE**

*Savannah Leitzke Carvalho, Diogo Henrique Tavares*

Palavras-chave: saúde holística, sistema único de saúde, gênero

**INTRODUÇÃO:** Desde o início da década de 1970 com o movimento sanitarista até os dias atuais, a luta pela participação popular é constante no âmbito do sistema de saúde brasileiro, a fim de proporcionar maior protagonismo dos usuário no processo saúde doença, bem como no caráter decisório das ações e serviços de saúde. A partir da luta popular, diversas mudanças ocorreram no modelo de saúde brasileiro, sendo a principal delas a regulamentação do Sistema Único de Saúde, a partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde 8.080, a qual propõe um sistema de saúde universal e da Lei 8.142, a qual visa o controle social no setor saúde, como principal premissa a participação popular, através de conselhos municipais, estaduais e conferências de saúde. A partir da regulamentação de um novo sistema

de saúde que agora assume um caráter universal, onde toda a população tem direito de acesso é visto que alguns grupos com maior vulnerabilidade social precisam de uma assistência diferenciada, com políticas próprias, como a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Inicialmente, a assistência para população LGBT era centralizada somente no controle da AIDS, porém em 2004, com o programa Brasil sem homofobia, se começa uma política com um caráter mais integralizado a cerca das necessidades de saúde dessa população, o qual estabelece em uma das suas diretrizes o combate à violência e à discriminação homossexual. A partir do novo sistema de saúde promulgado, várias políticas foram sendo realizadas baseadas a atender as necessidades das populações com maior vulnerabilidade social, dentre elas a Política Nacional de Saúde Integral da População de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, instituída na Portaria 2.836 em dezembro de 2011. Essa política veio para fortalecer as diretrizes do SUS no que tange a universalidade, integralidade e equidade na assistência a saúde, a fim de enfrentar as discriminações e exclusões no processo saúde-doença da população LGBT, promovendo uma maior democracia social, ampliando a luta pelos direitos referentes a gênero e sexualidade como fator fundamental na saúde. Na tentativa de uma melhor compreensão das novas políticas de saúde em base nas diretrizes do SUS; no fortalecimento das novas políticas de inclusão social das populações com maior vulnerabilidade; no trabalho multidisciplinar da equipe de saúde; e em busca de uma educação transformadora e horizontaliza a cerca da assistência em saúde, surge o projeto VER-SUS, a fim de fortalecer esses objetivos através de uma vivência em um determinado município ao decorrer de 15 dias aproximadamente, propiciando um maior conhecimento sobre

a rede de atenção a saúde, história do SUS, populações em vulnerabilidade social e formação política. A questão de gênero e sexualidade foi de grande relevância durante a vivência, sendo ponto de pauta em rodas de conversas com representação de alunos do movimento LGBT local e do movimento estudantil da universidade Federal de Santa Maria. Essa experiência me possibilitou um maior entendimento sobre a luta traçada por essa população e principalmente por essa recente e grande conquista do âmbito da saúde, a política de atenção LGBT. **OBJETIVO:** Relatar a vivência sobre a temática de políticas públicas a população LGBT; fortalecer a discussão sobre desigualdade relacionadas a orientação sexual e identidade de gênero no âmbito do SUS. **Metodologia:** Relato de experiência realizado por acadêmicos do curso bacharelados em Enfermagem, no programa “Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde-VER-SUS, realizado por estudantes da área da saúde, integrantes de movimentos sociais e diretório central dos estudantes, ofertado pelo Ministério da Saúde e Rede Unida. A vivência-estágio ocorreu de 30 de janeiro a 12 de fevereiro de 2015, na cidade de Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, com a participação de 35 acadêmicos de diversas áreas de graduação e militantes de movimentos sociais. A seleção dos estudantes foi realizada online, no site versus.otcs.org, conveniado ao Ministério da Saúde. Ao decorrer da vivência, os participantes tiveram oportunidade de conhecer a rede de atenção à saúde do município de Palmeira das Missões e de municípios vizinhos (Seberi, Redentora, Ronda Alta, Sarandi) e reuniões em comunidades locais, como a indígena e alojamento do Movimento Sem Terra (MST) na antiga fazenda Annoni. Ao final de cada turno, os sujeitos debatiam sobre o que foi vivenciado durante o dia, sobre o conteúdo programático do estágio a partir de textos,

palestras com personalidades da saúde do município ou região e de militantes de movimentos sociais. Além da realização de um relatório sistematizado diário, apontando as principais atividades do dia. Um dos assuntos abordados é sobre a temática desse relato de experiência, o qual aborda a política da integralidade do SUS aliado a diretriz de equidade as populações com maior vulnerabilidade social, com ênfase a LGBT. **Resultados:** Essa vivência nos possibilitou um novo olhar sobre as novas políticas de cuidado integral do SUS, principalmente a respeito da população LGBT, as quais podem ter necessidades diferenciadas de saúde, não apenas por sua orientação ou identidade de gênero, mas também em relação aos determinantes de saúde dessa população. Intende-se que compreender a exclusão social e a falta de oportunidade no mercado de trabalho decorrente de questões ligadas a orientação sexual e identidade de gênero, influenciam diretamente no processo saúde-doença e na qualidade de vida dessa população. Compreendemos que há um caminho longo a ser percorrido e que muitas das dificuldades são devido a discriminação institucionalizada da população LGBT na sociedade, não sendo diferente no setor saúde, com profissionais pouco preparados para as necessidade de saúde dessa população, muito pelo ensino verticalizado na graduação e nas escolas, onde a temática ainda é negligenciada. Durante muitas falas nos momentos de discussão foi possível evidenciar a falta de uma política pública que de fato enfrente as ações excludentes da homofobia e da heteronormatividade, o qual subentende-se que todo usuário é heterossexual e está em conformidade com sua identidade de gênero, abrindo precedentes para o aumento da discriminação e preconceito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. **CONCLUSÃO:** Ao decorrer dessa vivência foi possível o conhecimento sobre

o SUS além do acadêmico e midiático, mas sim na sua essência quanto uma conquista popular, que apesar das dificuldades enfrentadas pela sociedade de consumo aliado aos interesses de grandes corporações continua no cotidiano dos brasileiros se diversificando, na busca de um atendimento que englobe suas diretrizes, promovendo saúde a partir do protagonismo do usuário intersetorialmente.

### **VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHER EM MATO GROSSO DO SUL: O PAPEL DA PSICOLOGIA NO INSTITUTO MÉDICO LEGAL**

*Ana Alice Brites de Barros*

Palavras-chave: Violência doméstica, Violência contra a mulher, Psicologia

**RESUMO:** O presente relato de experiência busca relatar, a partir da Psicologia, as questões relacionadas às formas de violência doméstica, em especial contra a mulher, bem como fomentar discussões acerca dos desafios atuação do psicólogo. Considerando que a violência é uma problemática histórica a respeito da violação dos Direitos Humanos, e que as formas de Violência Doméstica têm se tornado um agravante - pois se entende que o lar é um ambiente acolhedor e de conforto, e a família como função de estabelecer uma rede de apoio – tendo em vista toda esfera envolvida, merece uma melhor compreensão e estudo acadêmico. Para compreender a violência é necessário abordar aspectos individuais, psicológicos, biológicos, bem como componentes familiares, além de aspectos culturais, sociais e econômicos. A atuação do psicólogo neste serviço, fomenta conhecimentos não apenas da área psicológica, mas também do sistema jurídico envolvido; conhecer jurisdições e instâncias com as quais se relaciona, a legislação vigente associada ao seu objeto de estudo e as normas

estabelecidas quanto à sua atividade é de suma importância. Palavras-chave: Violência doméstica; Violência contra a mulher; Psicologia. **INTRODUÇÃO:** A violência é uma problemática histórica a respeito da violação dos Direitos Humanos. Atualmente as formas de Violência Doméstica tem se tornado um agravante - pois entende-se que o lar é um ambiente acolhedor e de conforto, a família como função de estabelecer uma rede de apoio – tendo em vista os aspectos que envolvem esse fenômeno, merece uma melhor compreensão e estudo acadêmico. Este trabalho justifica sua temática também a partir da grande demanda de casos de violência doméstica atendidos no Instituto de Medicina e Odontologia Legal no município de Campo Grande em Mato Grosso do Sul. A pesquisa mostrou-se relevante, pois pode propiciar maiores discussões em nível acadêmico, a expansão de novos conhecimentos, reflexões sobre as práticas em psicologia possibilitando a construção de um serviço em saúde, que atenda as necessidades do público-alvo. A violência contra a mulher pode ser conceituada como qualquer ato que resulta ou possa vir a resultar em danos ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual ou incesto. (ZILBERMAN & BLUME 2005; apud WERLANG, DUBUGRAS & BORGES, 2009). **DISCUSSÃO:** Segundo Borges (2009), dentre todos os tipos de violência contra a mulher, àquela praticada no ambiente familiar é uma das mais cruéis e perversas, pois o lar, ambiente que deveria ser acolhedor, passa a ser um ambiente de perigo contínuo que resulta num estado medo e ansiedade permanente. A atuação do psicólogo em qualquer contexto jurídico deve possuir conhecimentos não apenas da área psicológica que está investigando, mas também do sistema jurídico em que está

inserido, conhecer jurisdições e instâncias com as quais se relaciona, a legislação vigente associada ao seu objeto de estudo e as normas estabelecidas quanto à sua atividade (ROVINSKI, 2008). No Instituto de Medicina e Odontologia Legal de Campo Grande, são realizados três tipos de exame de Corpo de Delito: Lesão Corporal, Sexológico e Necroscópico. Após registrar o boletim de ocorrência, na delegacia de polícia é impressa uma requisição de exame de corpo de delito, neste caso de lesão corporal (violência doméstica). Nesse sentido o exame de corpo de delito (perícia médica), analisa aspectos da integridade física, da saúde e dos quesitos relacionados à ocorrência. Perante a ausência de um serviço de psicologia que trabalhe em conjunto com a perícia médica, e mediante a necessidade deste serviço, foi elaborado um instrumento que norteia a conduta do psicólogo, pois auxilia a denotar um perfil com aspectos emocionais e psicossociais da vítima, facilitando uma futura intervenção de apoio. A priori foram realizadas entrevistas com as vítimas de violência doméstica, a partir de um questionário elaborado para atender a demanda. A partir do inquérito, buscou-se criar um parecer psicológico com a finalidade de orientar o perfil de encaminhamento ou medidas de intervenção a serem tomadas a cada caso. A experiência mostrou que ainda é baixo o número de pessoas interessadas em algum tipo de atividade, seja ela individual ou grupal, pois além do medo de exposição, é observável que a resistência à intervenção psicológica ainda é grande. Sendo assim, a experiência obtida no Instituto Médico Legal é única e significativa, ao passo que se fomenta a compreensão da necessidade da inserção de um profissional de Psicologia que interaja na equipe, trabalhando de forma a contribuir para a compreensão do fenômeno, redução da demanda e assistência às vítimas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir trabalho desenvolvido, é possível observar a

importância de se estabelecer e padronizar um serviço de eficiência que contemple a demanda. Visto que os maiores índices de vítimas de Lesão Corporal Dolosa (Violência Doméstica) são mulheres, e que a agressão física, geralmente aparece acompanhada de violência psicológica, moral ou sexual que remete um sofrimento real da mulher brasileira. Ao decorrer do estágio foram realizados alguns encaminhamentos, a partir da elaboração de pareceres psicológicos, a cada caso com suas especificidades. Observou-se a importância do serviço de psicologia neste instituto médico legal, pois entende-se que quaisquer forem as formas de violência sofrida, a vítima encontra desde o acolhimento, um suporte emocional maior para lidar com a situação. A partir deste trabalho, podemos concluir que o papel do psicólogo está sempre em construção, se adaptando as necessidades surgidas de acordo com o referencial mais adequado. Nos remete a refletir também a inserção do psicólogo em áreas antes exclusivamente médicas, a fim de que se possa quebrar o paradigma do modelo biomédico e realizar um atendimento multiprofissional, contemplando todos os aspectos do indivíduo e do fenômeno social. Vemos que é cada vez maior a preocupação dos estudiosos em compreender a magnitude e a complexidade das situações nas quais as mulheres lidam com a violência doméstica, problema este que ela enfrenta em ambiente familiar por um irmão, pai, padrasto, seja qual for o vínculo familiar, porém é cometida em maior número pelo companheiro ou ex-companheiro. Por fim, o desafio do Psicólogo é propor espaços de articulação em defesa dos direitos da mulher e maior comprometimento social, no que diz respeito ao aperfeiçoamento das políticas públicas na perspectiva de gênero, as mulheres continuam envolvidas politicamente, para o enfrentamento desta problemática.