



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº. 7344 de 27.05.96
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DS – LABORATÓRIO DE SAÚDE
COLETIVA
PROJETO DE PESQUISA: VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NO
CONTEXTO DAS USF

ANAIS DO III ENCONTRO SOBRE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR:
UMA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS



09 e 10 de outubro de 2012
Jequié – BA

**2012. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Departamento de Saúde.
Laboratório de Saúde Coletiva. II ENCONTRO SOBRE VIOLÊNCIA
INTRAFAMILIAR: UMA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS.**

ISSN 2237-1877

REITOR

Paulo Roberto Pinto Santos

VICE-REITOR

José Luis Rech

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Marcos Henrique Fernandes

COORDENADORA DO LABORATÓRIO DE SAÚDE COLETIVA

Maristella Santos Nascimento

**COORDENADORA DO III ENCONTRO SOBRE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR:
UMA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS.**

Aline Vieira Simões

COMISSÃO CIENTÍFICA/ ORGANIZADORES

Daniela Márcia Neri Sampaio (Coordenação)

Aline Vieira Simões

Luma Costa Pereira

Flávia Silva Souza

Sylvia Sardinha da Silva

Flávia Pedro dos Anjos Santos

COMISSÃO CIENTÍFICA/ AVALIADORES E PARECERISTAS

Adriana Alves Nery (Doutorado)	Valeria Alves da Silva Nery (Mestranda)
Alba Benemérta Alves Vilela (Doutorado)	Vanda Palmarella Rodrigues (Doutoranda)
Cesar Augusto Casotti (Doutorado)	Vilara Maria Mesquita Mendes Pires (Doutoranda)
Aline Vieira Simões (Mestrado)	Vivian Mara Ribeiro (Mestrado)
Daniela Márcia Neri Sampaio (Mestrado)	Washington da Silva Santos (Mestrado)
Jefferson Paixão Cardoso (Mestrado)	Luma Costa Pereira (Mestranda)
Marizete Argolo Teixeira (Doutorado)	

EXPEDIENTE

Laboratório de Saúde Coletiva
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Departamento de Saúde – Campus de Jequié
Av. José Moreira Sobrinho s/n
Jequiezinho – Jequié – Bahia
CEP: 45206-190
Tel.: (73) 3528-9607

APRESENTAÇÃO

Entendendo que a publicação dos Anais do Encontro sobre Violência Intrafamiliar: uma violação dos direitos humanos foi uma conquista da equipe executora do Laboratório de Saúde Coletiva/Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), no ano de 2011, estamos disponibilizando mais uma edição desta tão valiosa conquista.

Os resumos aqui publicados foram apresentados no III Encontro sobre Violência Intrafamiliar: uma violação dos direitos humanos, cadastrado na Pró-Reitoria de Extensão da UESB e contempla uma das atividades desenvolvidas a partir do projeto de Pesquisa “Violência intrafamiliar no contexto das Unidades de Saúde da Família”, cadastrado no Laboratório de Saúde Coletiva, Departamento de Saúde e Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UESB.

O evento foi realizado nos dias 09 e 10 de outubro de 2012, na UESB/Campus de Jequié e teve como objetivos discutir as manifestações de violência intrafamiliar, bem como contribuir para suscitar reflexões sobre a necessidade de um trabalho em rede para a sua prevenção e enfrentamento.

Nesta segunda edição, estão publicados os resumos expandidos apresentados nas sessões de comunicação oral e pôsteres, sendo 38 trabalhos submetidos por acadêmicos, profissionais e pesquisadores, apresentando experiências e/ou práticas de saúde, educação e jurídicas, com 31 resumos da Área Temática 1 “A saúde coletiva no enfrentamento da violência” e 07 resumos da Área Temática 2 “O Sistema Único de Saúde no contexto da Seguridade Social”.

A organização do evento neste ano, contou com a colaboração de docentes e discentes da graduação em enfermagem, fisioterapia e odontologia e da Pós-Graduação *Stricto sensu* em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da UESB, a quem honrosamente agradecemos e nominamos como Docentes: Prof^a DSc Alba Benemerita Alves Vilela, Prof^a MSc Carlane Souza Oliveira Caíres, Prof^o DSc Cesar Augusto Casotti, Prof^a MSc Flávia Pedro dos Anjos Santos, Prof^a MSc Juliana Costa Machado, Prof^a MSc Maristella Santos Nascimento, , Prof^a MSc Daniela Márcia Neri Sampaio; como Estudantes de enfermagem: Adélia Soares Fernandes Reis, Andrei Nunes da Silva, Camila Santos França, Carine de Jesus Soares, Caroline de Melo Santana, Daiane Fogaça França, Débora Cristiane Silva Flores Lino, Diêgo M. Barreto Andrade, Emanuele dos Santos Gomes, Enne Jamille Ribeiro Brandão, Gislene de Jesus Cruz Sanches, Giuliany Sousa Rodrighero, Juliana dos Santos, Laís Rocha de Souza, Mônica Souza da Silva, Rebeca do Nascimento Santos, Rudson Oliveira Damasceno, Sueli Vieira dos Santos, Vanessa Thamyres Carvalho dos Santos, como Mestrandas (os): Elisama Nascimento Rocha, Flávia Silva Souza, Luciene Dias Bispo, Luma Costa Pereira, Karla Ferraz dos Anjos, Prof^a Esp. Roberta Laíse Gomes Morais Leite Sylvania Sardinha da Silva, Prof^a Esp Valéria Alves da Silva Nery e Paulo da Fonseca Valença Neto, e como Doutorandas: Prof^a MSc Vanda Palmarella Rodrigues e Prof^a MSc Vilara Maria Mesquita Mendes Pires.

Agradecemos também aos membros integrantes do corpo editorial dos Anais, a citar: Prof^a DSc Adriana Alves Nery, Prof^a DSc Alba Benemerita Alves Vilela, Prof^o DSc Cesar Augusto Casotti, Prof^o MSc Jefferson Paixão Cardoso, Prof^a DSc Marizete Argolo Teixeira, Prof^a Esp Valéria Alves da Silva Nery, Prof^a MSc Vanda Palmarella Rodrigues, Prof^a MSc Vilara Maria Mesquita Mendes Pires, Prof^a MSc Vivian Mara Ribeiro e Prof^o MSc Washington da Silva Santos.

Agradecemos ainda, aos palestrantes pela disponibilidade, à comissão científica, à coordenação do Laboratório de Saúde Coletiva, à Direção do Departamento de Saúde, ao Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários, à Gerência de Extensão e Assuntos

Comunitários (GEAC), à Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-graduação, à Assessoria de Comunicação da UESB (ASCOM), à Coordenação da Home Page da UESB, à UINFOR, Edições UESB, à Coordenação de Cultura, Coordenação de Apoio Administrativo (Transportes), de Serviços Gerais, Materiais e Suprimentos, Audiovisual e aos nossos parceiros externos: Secretaria de Desenvolvimento Social (representada no evento pelo CREAS, CRAS e Centro Regional de Referência da Mulher); Secretaria de Saúde; Secretaria de Educação; Conselho Tutelar, Delegacia Especializada em Atenção à Mulher, que colaboram com a realização do evento e/ou na organização dos Anais.

Finalmente, agradecemos aos autores pelo interesse em apresentar as suas pesquisas na perspectiva de divulgarem a produção do conhecimento visando contribuir para a transformação social, ao discutirem a prevenção e enfrentamento da violência, além de dar visibilidade às práticas de saúde no âmbito da saúde coletiva no contexto do Sistema Único de Saúde.

Aline Vieira Simões
Coordenação do III Encontro sobre violência intrafamiliar:
uma violação dos direitos humanos

SUMÁRIO

AÇÕES DE PROTEÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	9
Roberta Laíse Gomes Leite Morais; Zenilda Nogueira Sales	
CONQUISTAS E DESAFIOS NO ÂMBITO DO COMBATE A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES.....	12
Mithaly de Jesus Teixeira; Valeria Alves da Silva Nery; Wellington Gonçalves Nery; Ivone Gonçalves Nery	
A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: REFLEXO DE UMA NECESSIDADE SOCIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	14
Nathalie Oliveira Gonçalves; Rose Manuela Marta Santos; Juliana Costa Machado	
DELINEANDO O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA EM JUAZEIRO-BA.....	17
Cláudio Claudino da Silva Filho; Wilber Leônidas Passos Soares; Sued Sheila Sarmento; Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira; Nadirlene Pereira Gomes; Normélia Maria Freire Diniz	
MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA ABORDAGEM RELACIONAL DE GÊNERO E SEXUALIDADE.....	20
Aliene Tainan Nunes Santos; Climene Laura de Camargo; Vanessa Soares Passos	
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES: CAUSAS E IMPLICAÇÕES.....	23
Hanna Gabriela Elesbão Cezar Bastos; Vanessa Aparecida Barros Araújo; Alda Brito Almeida; Jarede Souza Silva; Tiele Pires dos Santos; Antônio Carlos Santos Silva	
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	26
Sylvia Sardinha da Silva; Mariquele Santos Silva; Flávia Silva Souza	
VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE BAIANO.....	29
Clarice Alves dos Santos; Ariane Nepomuceno Andrade; Jefferson Paixão Cardoso; Tânia Maria de Araújo; Daíla dos Santos Freire; Thiago Raphael Martins Meira	
VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REVISÃO DA LITERATURA.....	32
Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira; Rodrigo Nonato Coelho Mendes; Leyliane Jannice de Andrade Macedo	
CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS.....	36
Roberta Laíse Gomes Leite Morais; Juliana Costa Machado; Elisama Nascimento Rocha; Vanda Palmarella Rodrigues; Alba Benemérita Alves Vilela; Zenilda Nogueira Sales	

APLICAÇÃO DA LEI MARIA DA PENHA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE SEGURANÇA.....	39
Ivone Gonçalves Nery; Valeria Alves da Silva Nery; Wellington Gonçalves Nery; Valeria dos Santos Ribeiro; Ícaro Alves Brito; Diego Micael Barreto Andrade	
VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E AS ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	42
Elisama Nascimento Rocha; Juliana Costa Machado; Vanda Palmarella Rodrigues; Alba Benemerita Alves Vilela; Roberta Laíse Gomes Leite Moraes; Carlane Souza Oliveira Caires	
AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	45
Nathalie Oliveira Gonçalves; Juliana Costa Machado	
VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA POR MULHERES QUE SE PROSTITUEM: ELEMENTOS PARA UM DEBATE A PARTIR DA LITERATURA.....	48
Sinara Inácia de Melo Santana; Tércio de Sá Ribeiro; Cláudio Claudino da Silva Filho; Sued Sheila Sarmento; Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira; Nadirlene Pereira Gomes	
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA.....	51
Patrícia Almeida Lago; Mirella Lago Nascimento	
REVISÃO SISTEMÁTICA ACERCA DAS CAUSAS EXTERNAS E VIOLÊNCIAS CONTRA A PESSOA IDOSA.....	54
Valeria Alves da Silva Nery; Diego Micael Barreto Andrade; Thainara Araújo Franklin; Valeria dos Santos Ribeiro; Ícaro Alves Brito; Thalita Felix Nolasco	
ABORTO CLANDESTINO NO BRASIL: VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS.....	57
Karla Ferraz dos Anjos; Vanessa Cruz Santos	
A PRÁTICA DO ABORTO E A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL CONTRA MULHERES EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	60
Vanessa Cruz Santos; Karla Ferraz dos Anjos	
VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA NO TRANSPORTE PÚBLICO URBANO.....	63
Vanessa Cruz Santos; Karla Ferraz dos Anjos; Jules Ramon Brito Teixeira; Obertal daSilva Almeida; Saulo Sacramento Meira; Doane Martins da Silva	
COMPARAÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO NOS CINCO MUNICÍPIOS MAIS POPULOSOS DA BAHIA.....	66
Érica Assunção Carmo; Gisele dos Reis Lima Batista; Patrícia Honório Silva Santos; Polianna Alves Andrade Rios; Vanessa Brito	
ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS ENTRE OS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	69
Elisama Nascimento Rocha; Alba Benemerita Alves Vilela	
VULNERABILIDADE E VIOLÊNCIA EM FEIRA DE SANTANA (BA).....	72
Marko Aurélio Santos e Silva; Roberto dos Santos Lacerda; Edna Maria de Araújo	

VIOLENCIA CONTRA IDOSOS: UMA DISCUSSÃO QUE VEM CONQUISTANDO ESPAÇOS NA SOCIEDADE (?) - REVISÃO DE LITERATURA.....74
Edermeson Roque Malheiro Brandão; Maitana Carvalho Cardozo; Renata Rocha Nunes; Washington Luis Melo Figueiredo; Edilaine Alves Nunes

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO E PREVENÇÃO AOS MAUS-TRATOS.....77
Mirella Lago Nascimento; Patrícia Almeida Lago

VIOLENCIA INFANTO-JUVENIL: RETRATO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2010 e 2011.....80
Thamires Félix de Almeida; Maria Nice Dutra de Oliveira; Camila Rego Amorim; Juliana Lessa de Oliveira

GENOGRAMA E ECOMAPA: AVALIANDO FAMÍLIA EM PRESENÇA DE MAUS TRATOS FÍSICOS CONTRA FILHOS.....82
Karina Cristina dos Santos Rodrigues; Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira; Rodrigo Nonato Coelho Mendes; Leylane Jannice Macedo

DIMENSÃO ÉTICA E POLÍTICA ACERCA DA VIOLENCIA CONTRA O IDOSO.....85
Valeria Alves da Silva Nery; Diego Micael Barreto Andrade; Icaro Alves Brito; Thainara Araújo Franklin; Isabella Félix Meira; Thalita Felix Nolasco

DESVELANDO LAÇOS INTERESTADUAIS E TECENDO REDES DE INTEGRALIDADE: LACUNAS NA NOTIFICAÇÃO DE VIOLENCIAS EM MUNICÍPIOS-PÓLO NO VALE DO SÃO FRANCISCO.....88
Cláudio Claudino da Silva Filho; Priscila Dayane Marques Carvalho; Sued Sheila Sarmento; Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira; Nadirlene Pereira Gomes; Lucineide Santos Silva

VIOLENCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL: DADOS DO CREAS - JEQUIÉ/BA.....91
Loiamara Barreto Santos; Maria Nice Dutra de Oliveira; Hellen Cordeiro Oliveira; Elzo Pereira Pinto Junior; Laísla Pires Dutra; Sumaya Medeiros Botelho

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO: UM RELATO DE ACOLHIMENTO E ACONSELHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UM CONSELHO TUTELAR NO INTERIOR DA BAHIA.....94
Jamília Brito Gomes; Máyra Ribeiro

O ACOLHIMENTO PRESTADO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLENCIA.....97
Ivone Gonçalves Nery; Valeria Alves da Silva Nery; Thalita Felix Nolasco; Diego Micael Barreto Andrade; Thainara Araújo Franklin; Valeria dos Santos Ribeiro

Área Temática 02

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUA INTERFACE NO ACESSO DOS TRABALHADORES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....100
Juliana da Silva Oliveira; Flavia Pedro dos Anjos Santos; Fernanda Karina Boeno Oliveira; Simone da Silva Franco Amorim; Elano Frederick Andrade Arruda; Carlos Alberto Dácio

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS.....103

Juliana da Silva Oliveira; Priscila Meira Mascarenhas Padre; Vanda Palmarella Rodrigues; Flavia Pedro dos Anjos Santos; Jair Magalhães da Silva

CENSO HOSPITALAR DIÁRIO: FERRAMENTAS DE GESTÃO HOSPITALAR NAS UNIDADES DE PRODUÇÃO.....106

Meirinha Alves Domingos; Liane Oliveira Souza Gomes

A ARTICULAÇÃO ENTRE O ENSINO E AS USUÁRIAS CADASTRADAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....109

Bárbara Vânia Santos de Oliveira; Eliane Fonseca Linhares; Zulmerinda Meira Oliveira; Joana Angélica Andrade Dias; Aline Vieira Simões

SABERES E PRÁTICAS NO CUIDADO DO COTO UMBILICAL: UMA ABORDAGEM EDUCATIVA.....112

Correia Camila Avelar; Bárbara Vânia de Oliveira; Eliane Fonseca Linhares; Joana Angélica Andrade Dias

MONITORIA ACADÊMICA NA DISCIPLINA ENFERMAGEM EM ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....115

Graziele Matos Oliveira; Eliane Fonseca Linhares; Joana Angélica Andrade Dias; Jucyara de Santana Silva

A SEXUALIDADE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO-UMA ABORDAGEM INTEGRATIVA.....118

Fabiana Galvão Souza; Valeria Alves da Silva Nery

AÇÕES DE PROTEÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Roberta Laíse Gomes Leite Morais¹
Zenilda Nogueira Sales²

INTRODUÇÃO

O Brasil inicia o século e o milênio com mais um grave desafio para a saúde pública com o fenômeno da violência (BRASIL, 2005). Considera-se este tema relevante para a saúde pública em virtude de sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva, levando a um grande incremento na morbimortalidade, além de trazer graves consequências como a diminuição na expectativa e qualidade de vida, principalmente de jovens e adolescentes; o aumento nos custos assistenciais, sociais, emocionais e com segurança; o absenteísmo no trabalho e escola e a desestruturação familiar (BRASIL, 2008a).

Embora qualquer pessoa possa praticar ou sofrer um ato violento, as maiores vítimas são mulheres, crianças, jovens, idosos, homossexuais e indivíduos com deficiência, o que leva a crer que tal ato ocorre em consequência das relações de desigualdades, de poder, discriminação, preconceito e relação de dependência (BRASIL, 2001a). A violência contra criança e adolescente é um grave problema social, permeada por fatores históricos e culturais, a criança e o adolescente são vistos como propriedades dos pais, que, para educá-los, precisaria puni-los ao cometerem erros (SÃO PAULO, 2008).

Cabe salientar que a Constituição Brasileira de 1988 deu um grande passo para a garantia da proteção a crianças e adolescentes, quando, em seu artigo 227, reconhece este grupo etário como sujeito de direitos. Direitos estes que foram regulamentados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, criado pela Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, o qual estabelece as condições para que crianças e adolescentes nasçam e vivam de forma saudável e respeitosa (BRASIL, 2002). Levando em consideração que a violência é vista como algo que traumatiza e deixa cicatrizes profundas naqueles que a sofreram, entendemos que esta se configura como um problema de saúde pública, que necessita da ação conjunta de diversos profissionais e diversos setores da sociedade, tais como: justiça, assistência social, conselho tutelar e saúde.

Para o enfrentamento desta problemática é fundamental que os profissionais, além de atenderem as vítimas da violência, desenvolvam métodos para identificar, controlar riscos e acompanhar os grupos mais vulneráveis. É preciso, ainda, buscar articular e dialogar com familiares, serviços públicos e organizações em geral que atuem na implementação de políticas públicas inclusivas e protetoras (SÃO PAULO, 2008).

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Professora Auxiliar do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/Campus de Jequié-BA. E-mail: robertalaise@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/Campus de Jequié-BA.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo descrever as ações de proteção à violência contra crianças e adolescentes.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente resumo é um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Olhar dos profissionais que lidam com a proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência”, sendo esta de natureza qualitativa, realizada em serviços, do município de Jequié, que trabalham com a assistência e/ou proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência: o Conselho Tutelar, o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) e 04 Unidades de Saúde da Família (USF).

Como sujeitos, contamos com 29 profissionais das equipes multiprofissionais dos referidos serviços, a saber: três conselheiros do Conselho Tutelar; uma assistente social, dois psicólogos e uma advogada do CREAS; dois investigadores de polícia, um escrivão, uma delegada e uma psicóloga, da DEAM; e quatro enfermeiras, uma médica, dois odontólogos, duas técnicas de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde das USF.

Os dados foram coletados individualmente por meio de entrevista semiestruturada, com auxílio do gravador, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) sob protocolo nº 064/2011 e mediante consentimento dos entrevistados, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como técnica de análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, segundo Bardin (BARDIN, 2010).

RESULTADOS

A partir da análise das entrevistas evidenciamos duas categorias. Na categoria *Prevenção* os profissionais citam ações como a distribuição de panfletos, a divulgação dos direitos da criança e do adolescente, a conversa com os pais, a realização de campanhas, palestras, orientações sobre o que é violência e quais as providências a serem tomadas na sua ocorrência para a prevenção da violência. Saraiva et al (2012) afirma que a realização de campanhas esclarecedoras configura-se como o primeiro passo para a proteção da violência. No que se refere à categoria *Manejo das situações de violência* os profissionais reconhecem que primeiramente é importante a identificação da violência. Após a sua identificação ou suspeita, o próximo passo a ser dado é a notificação. A partir daí é possível, então, deter as atitudes e comportamentos violentos praticados pelo agressor (LUNA et al, 2010).

As condutas adotadas pelos profissionais de saúde para lidar com os casos de violência, além da identificação e notificação, foram apenas voltadas para a investigação e, especialmente, os encaminhamentos. Já os profissionais do CREAS são responsáveis por atividades clínicas, sociais e educativas, que englobam atendimentos individuais ou em grupo; suporte a outros profissionais e serviços; discussão de casos e acompanhamento em visita domiciliar. Em relação ao Conselho Tutelar e a DEAM, os profissionais relataram desenvolvimento de ações que vão desde o registro e a investigação dos casos de violência, encaminhamentos internos e externos, atenção psicológica até a punição dos autores.

CONCLUSÃO

As ações de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência podem acontecer antes do aparecimento da violência, buscando a prevenção desta, ou após sua ocorrência, com intuito de cessar o ato violento e minimizar suas consequências. Pode-se afirmar que para uma efetiva abordagem da violência é preciso uma inter-relação de múltiplas áreas e múltiplos atores, com seus saberes específicos, já que este fenômeno possui causas múltiplas e complexas, relacionadas a fatores socioeconômicos e histórico-culturais.

PALAVRAS-CHAVE: violência; criança; adolescente; proteção.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70 LTDA., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático prevenção de violência e cultura da paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria do Estado dos Direitos Humanos. **Direitos humanos e violência intrafamiliar: informações e orientações para Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

LUNA, G. L. M. et al. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 15, n.2, p.481-91, 2010.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doença. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Divisão de Doenças Crônicas Não transmissíveis. Núcleo Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes**. 2. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.

SARAIVA, R. J. et al. Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. **Ciencia y enfermeria XVIII**, n.1, p.17-27, 2012.

CONQUISTAS E DESAFIOS NO ÂMBITO DO COMBATE A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES

Mithaly de Jesus Teixeira¹
Valeria Alves da Silva Nery²
Wellinton Gonçalves Nery³
Ivone Gonçalves Nery⁴

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. A violência contra a mulher pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade. Estas formas de violência não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de episódios, do qual o homicídio é a manifestação mais extrema, entre os tipos de violência contra a mulher podemos citar: **Violência de gênero, Violência intrafamiliar, Violência doméstica, Violência física, Violência sexual, Violência psicológica, Violência econômica ou financeira, Violência institucional, Violência e saúde mental.** A mulher não deve ser vista apenas como uma “vítima” da violência que foi provocada contra ela, mas como elemento integrante de uma relação com o agressor que ocorre em um contexto bastante complexo, que às vezes se transforma em uma espécie de jogo em que a “vítima” passa a ser “cúmplice”.

OBJETIVOS

O presente estudo tem como **objetivo geral:** Descrever as conquistas e desafios ocorridas no âmbito do combate a violência contra mulheres. E como **objetivo específico:** Analisar como se desenvolveu as ações para combater a violência contra mulheres.

MATERIAL E MÉTODO DE ESTUDO

A pesquisa bibliográfica que fundamenta o estudo contemplou: artigos, teses, dissertações e monografias. Foi realizada na Biblioteca Virtual sobre Violência e Mulher (BVS/VS) da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), que concentra e focaliza informações nacionais e internacionais sobre o tema registrados no Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e no Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Configurando 76 textos, foram analisados: 50 artigos; 5 teses e dissertações; 21 monografias de graduação e especialização; uma legislação. O material coletado passou por uma classificação de cunho analítico, com base na qual se buscou evidenciar o estado do conhecimento, as questões mais relevantes para os autores e as lacunas que existem e exigem futuros investimentos.

RESULTADO

A implantação das DEAMs significa o reconhecimento, por parte do Estado, de que a violência contra as mulheres não é uma questão a ser abordada como um problema da esfera privada ou das relações interpessoais, mas é um problema social que exige para o seu enfrentamento, ações públicas no âmbito da segurança e do direito como também da saúde, pelas sequelas que a mesma produz. Em relação à violência sexual - que articula significados culturais, éticos e morais relacionadas tanto às relações entre homens e mulheres quanto à sexualidade - a ação pública deve incidir sobre três dimensões: no nível das mentalidades, pela afirmação de que a violência sexual é um crime e que a mulher violentada não é culpada ou responsável pela sua ocorrência, de modo a romper com a banalização e a naturalização deste delito, facilitando assim que a mulher o reconheça como tal e procure ajuda sem medo ou vergonha; na organização de sistemas formais de vigilância e notificação de crimes sexuais de modo a acolher e encaminhar as denúncias e dar visibilidade a este agravo; na estruturação de uma rede de assistência articulando serviços de saúde e de segurança pública a fim de garantir atendimento imediato às vítimas e prevenir problemas de saúde a médio e longo prazo. Neste atendimento imediato devem ser consideradas as ações para evitar que do estupro resulte uma gravidez, como também a interrupção de uma eventual gravidez, em casos de falha ou da impossibilidade de realização da contracepção de emergência. Fluxos e rotinas foram amplamente discutidos, foram realizados treinamentos específicos visando capacitar a equipe para os procedimentos médicos e de enfermagem, para o apoio psicossocial e para a reflexão a respeito de temas como gênero e violência. A expansão da rede de atenção depende da vontade política do gestor local, que muitas vezes teme perder votos ou apoio político de setores mais conservadores caso adote uma política que ainda não goza de uma plena aceitação. A integração com o setor de segurança pública, embora seja essencial para facilitar o acesso das vítimas ao atendimento em saúde e à abertura do inquérito policial, também não ocorre de forma fácil e sem conflitos. Ainda não existe uma sistemática ampla e regular de capacitação destes profissionais em questões de violência de gênero, o que faz com que muitos deles atuem frente às vítimas de forma preconceituosa ou até mesmo discriminadora. As DEAMs, depois de experimentarem uma expansão inicial, durante muito tempo deixaram de ser objeto de investimento por parte dos governos e só recentemente estão passando por um processo de renovação que significa a necessidade permanente de uma sensibilização e educação continuada dos diferentes profissionais que atuam nesta área.

CONCLUSÕES

A discussão do atendimento a vítimas de violência sexual constitui um paradoxo para o setor saúde, pois articula um tema (a violência), cuja interface com a saúde é de reconhecimento recente; com duas práticas muito antigas e prenes de significações morais, éticas e religiosas: a violação do corpo das mulheres e a prática do aborto. Sabendo-se que o desrespeito é o principal causador de violência, podemos então combater a violência diminuindo os diferentes tipos de desrespeito: seja o desrespeito econômico, o desrespeito social, o desrespeito conjugal, o desrespeito familiar e o desrespeito entre as pessoas (a “má educação”). Em termos pessoais, a melhor maneira de prevenir a violência é agir com o máximo de respeito diante de toda e qualquer situação.

PALAVRAS-CHAVE: Violência, mulher, políticas de saúde.

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: REFLEXO DE UMA NECESSIDADE SOCIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nathalie Oliveira Gonçalves¹

Rose Manuela Marta Santos²

Juliana Costa Machado³

INTRODUÇÃO

As recentes discussões, quanto ao tema violência domésticas nos foros acadêmicos, perpassam o campo de fenômeno social, sendo concebida como as variadas formas de violência interpessoal (agressão física, abuso sexual, abuso psicológico e negligência), que ocorrem no seio da família, sendo perpetradas por um agressor (que possui laços de parentesco, familiares ou conjugais) em condições de superioridade (física, etária, social, psíquica e/ou hierárquica) (BRASIL, 1993).

Com isso percebe-se que no âmbito dos fenômenos sociais, as necessidades sociais básicas são direitos morais que se transformam em direitos sociais e civis por meio das políticas sociais. Desta forma consideram imprescindível a presença do Estado para garantir a universalização dos direitos sociais e o atendimento ótimo das necessidades, impedindo a exclusão social daqueles grupos que não são capazes de defender seus interesses (MORAIS, 2008).

Nesse contexto, discutir violência doméstica como uma necessidade social na Estratégia de Saúde da Família (ESF) requer uma análise crítica das práticas de saúde, de que forma elas estão estruturadas, para quais finalidades se prestam e qual a dimensão do alcance de suas ações. Diante disso, o estudo teve como objetivo: Identificar como a violência doméstica se dá enquanto necessidade social nas famílias no contexto da ESF do município de Jequié Bahia.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa onde os entrevistados se expressam livremente sobre o tema. A pesquisa foi realizada nas USF do município de Jequié-BA. Utilizamos como critérios de inclusão as USF que funcionavam em equipes duplas, pela facilidade de acesso. Assim, tivemos 7 USF participantes do estudo com 14 equipes, sendo que destas somente 8 enfermeiros aceitaram participar da referida pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e assinatura prévia dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB), sob o parecer nº 21807.

Para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo proposta por Bardin (2010) onde inicialmente procedemos à transcrição na íntegra das entrevistas, posteriormente a pré-análise que buscou contemplar por meio de uma leitura flutuante, a constituição do corpus.

RESULTADOS

Conseguimos identificar através dos enfermeiros da ESF algumas necessidades sociais vivenciadas pelas famílias. Nesse contexto definiu-se uma categoria onde foi abordada a questão das drogas que leva a violência doméstica na área.

Categoria 1: Necessidades sociais das famílias no contexto da ESF

Subcategoria 1.1: Drogas

A estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde adoecimento em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2006).

Dessa forma diante da análise das falas dos entrevistados pode-se perceber que o uso de drogas na área de abrangência da ESF é considerada uma necessidade social que traz com ela diversos problemas, como a criminalidade e a violência.

E2: o uso de drogas [...] E4: drogas que os arrastam para a criminalidade [...] E5: o alcoolismo [...] o alto índice de usuários de drogas bem como o tráfico [...] E6: a criminalidade devido o uso de drogas [...] E8: um alto índice de consumo de álcool e drogas [...]

O problema com uso de drogas é fruto de um contexto socioeconômico, político e cultural que vem interferindo na escolha do sujeito, portanto deve ser compreendido como um problema multidimensional e global, não se restringindo à relação entre o indivíduo e o consumo de substâncias psicoativas (FERREIRA, LUIS, 2004).

Subcategoria 1.2: Violência

Logo a partir da observação das falas, incluem-se nas necessidades sociais e como consequências do uso de drogas, a violência praticada e sofrida pela população na área da ESF.

E5: a violência [...] E6: a violência doméstica [...] E6: Agressão contra a mulher, violência doméstica, muito relacionada os uso de drogas dos parceiros [...]

A violência é considerada pelos estudiosos como um fenômeno complexo e de difícil conceituação e pode ser entendida como todo evento representado por relações, ações, negligências e omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes e nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a outrem. As raízes da violência se encontram nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais (SOUZA, 2002).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou identificar a violência doméstica como uma necessidade social das famílias inseridas na ESF. A realização deste estudo nos oportunizou uma compreensão mais abrangente sobre a problemática considerando o contexto complexo que permeia as necessidades sociais, principalmente à grande parcela da população menos favorecidas. Constatamos a partir dos resultados encontrados que as medidas para o enfrentamento da violência doméstica exigem, além da definição e concretização de políticas públicas por parte do Estado, é necessária uma ação articulada e busca de parcerias entre os

serviços de saúde e demais setores sociais como escolas, conselhos locais, igrejas, delegacias especializadas, associações de bairro e grupos de mulheres.

DESCRITORES: Condições sociais; Violência doméstica; Saúde da família.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5ª Ed. Edições 70. Lisboa, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência contra a criança e o adolescente**. Proposta preliminar de prevenção e assistência a violência doméstica. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 1993.

FERREIRA, P.S; LUIS, M.A.V. Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas. **Texto & Contexto Enferm**. Vol.13, nº 2, abr-jun. 2004.

MORAIS, T.C.P. **Necessidades em saúde e trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2008.

SOUZA, E.R. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da saúde pública. In: MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; organizadoras. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

DELINEANDO O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA EM JUAZEIRO-BA

Cláudio Claudino da Silva Filho³

Wilber Leônidas Passos Soares⁴

Sued Sheila Sarmiento⁵

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira⁶

Nadirlene Pereira Gomes⁷

Normélia Maria Freire Diniz⁸

INTRODUÇÃO

Segundo Gerhardt *et al* (2009) o cenário que compõe as relações de apoio, configurando redes sociais, as quais direcionam as práticas terapêuticas e auxiliam no enfrentamento de situações cotidianas é que configura contextos itinerantes. Dessa maneira, vestimenta como sentido de itinerários terapêuticos (IT) as diferentes práticas em saúde e os caminhos percorridos em busca de cuidado, nos quais se desenham múltiplas trajetórias, em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes.

Indivíduos estão sujeitas a lidarem com estados de violência em qualquer ocasião de suas vidas, contudo, a violência sexual abrange, em específico, mulheres. Conforme previsto em lei, a violência física é percebida como qualquer comportamento que insulte a o bem-estar físico da mulher (BRASIL, 2002). Diferentes classificações e modalidades são empregadas pelos autores para delinear a violência contra mulher, conquanto as formas mais triviais encontradas na literatura sejam a violência física, violência psicológica e violência sexual (SOUTO, 2008).

A violência sexual é percebida como qualquer comportamento que constranja a mulher a presenciar, a manter ou participar de relação sexual não almejada, mediante chantagem, ameaça, repressão ou uso da força; que a induza a comercializar ou utilizar, de

³ Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisador dos Grupos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (CNPq/EE-UFBA), Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (CNPq/LAPPIS/IMS/UERJ), e Laboratório de Estudos e Práticas Transdisciplinares em Saúde e Educação (CNPq/LETRANS/UNIVASF). Professor Substituto da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e Coordenador do Núcleo de Prevenção à Violência e Cultura de Paz e do setor de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro-BA. Endereço eletrônico: claudiocfilho@gmail.com.

⁴ Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

⁵ Mestra em Psicologia (UFES), Professora Assistente da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Tutora/Coordenadora da Linha PET-SAÚDE RAS 2012-2013 “Itinerário terapêutico e trajetórias de cuidados de mulheres em situação de prostituição: tecendo redes para integralidade na prevenção do Câncer de colo uterino e mamário em Juazeiro – BA”.

⁶ Doutoranda em Enfermagem (UFBA), Mestra em Psicologia (UFES), Especialista em Administração dos Serviços de Saúde (UNAERP), Professora Assistente da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), integrante do Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (CNPq/EE-UFBA).

⁷ Pós-Doutoranda em Enfermagem (UFSC), Doutora e Mestra em Enfermagem (UFBA), Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da UFBA, Pesquisadora do Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (CNPq/EE-UFBA).

⁸ Doutora em Enfermagem (UNIFESP), Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da UFBA, Líder do Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (CNPq/EE-UFBA).

qualquer modo a sexualidade, que a impeça de usar qualquer método anticoncepcional ou que force a gravidez, prostituição, ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (SOUTO, 2008).

OBJETIVOS

Este estudo sob a modalidade de Relato de Experiência tem como objetivo geral descrever como se construiu o fluxo de assistência às mulheres em situação de violência sexual em Juazeiro-BA.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo tem caráter qualitativo na modalidade Relato de Experiência. Foram realizadas reuniões com todos os representantes de instituições e serviços da Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência de Juazeiro-BA. Para tal, contou-se com a estrutura e apoio do Núcleo de Prevenção à Violência e Cultura de Paz de Juazeiro-BA, setor integrante da Secretaria Municipal de Saúde em Juazeiro-BA.

RESULTADOS

O atendimento aos casos específicos de violência sexual, até o momento, era realizado tanto pela Maternidade Municipal de Juazeiro-BA como pelo Centro de Informações em DST/HIV/AIDS da gestão municipal, com problemas freqüentes de comunicação entre os serviços, culminando no comprometimento na quimioprofilaxia e anticoncepção de emergência, e sobretudo gerando peregrinação das mulheres e desistência das mesmas em procurar apoio a partir do setor saúde. A partir do fluxograma, pactuou-se que o atendimento continuaria sendo compartilhado, priorizando o Centro de Informações em DST/HIV/AIDS em dias úteis, por este serviço ter maior facilidade em relação ao componente educativo de abordagem pré e pós todas as testagens laboratoriais e uso de medicações. Em casos de urgência/emergência, e nos finais de semana e horários não-úteis, a Maternidade pactuou que continuará atendendo em íntima relação com o SAMU e a recém-implantada UPA. Avalia-se que os profissionais ainda refletem em sua assistência estereótipos e preconceitos em torno da mulher que vivencia violência sexual, apontando uma prática estigmatizante em torno da culpabilização da mulher.

Foi consenso entre os atores sociais envolvidos nesta construção coletiva, que a mulher peregrina e é revitimizada em todos os serviços por onde passa, relatando com “riqueza de detalhes” a vários profissionais diferentes as minúcias da violência sofrida, com sérias conseqüências psicológicas e ainda comprometendo a continuidade do cuidado pela equipe multiprofissional (ESF, NASF, CRAS, CREAS, etc.) no acompanhamento clínico e sócio-assistencial.

Denota-se que a fragmentação dos serviços de acolhimento ainda persiste, a despeito de, desde os anos 80, quando as delegacias especializadas eram a única porta de acesso da mulher que sofre violência, o movimento de mulheres ter maturado as organizações de apoio para a mulher vítima de agressão em uma sugestão programática. Torna-se imprescindível e urgente a organização de uma rede de apoio que possa garantir serviços adequados de resguardo, atendimento psicológico, jurídico, de assistência social e de saúde para aquelas mulheres vítimas de violência sexual (PLANALTO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da peregrinação clara ainda vivenciada pela mulher violentada sexualmente, acredita-se que este fluxograma aproximará a assistência do princípio constitucional da integralidade em saúde, norteador das trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos desses sujeitos de direito.

Neste sentido, a luz de Pinheiro e Mattos (2007), constrói-se uma miragem de uma edificação analítica da busca de cuidados, alcançada através da dimensão vivida dessa experiência, na qual é desenhado o caminho percorrido pela mulher e até por sua família, e implica-se para outros estudos compreender a lógica desta trajetória e as maneiras como vão tecendo os sentidos nos muitos trajetos que a compõem. Este conhecimento deve considerar a forma como os serviços de saúde se estabelecem e determinam resultados na vida desses indivíduos, respondendo ou não aos princípios da integralidade e da resolutividade da atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Assistência integral à saúde da mulher; Cuidado de saúde (DeCS/BVS/MS).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar:** orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

GERHARDT, Tatiana Engel; RIQUINHO, Deise Lisboa; BEHEREGARAY, Livia Rocha; PINTO, Juliana Maciel; RODRIGUES, Fernanda Araújo. **Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde:** pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Orgs). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p.

PLANALTO, Fátima Cristina dos Santos Silva do. **Políticas públicas no combate à violência contra a mulher.** 2009.

SOUTO, C.M.R.M. (2008). **Violência conjugal sob o olhar de gênero.** Fortaleza (CE): Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA ABORDAGEM RELACIONAL DE GÊNERO E SEXUALIDADE

Aliene Tainan Nunes Santos¹

Climene Laura de Camargo²

Vanessa Soares Passos³

INTRODUÇÃO

Propomos neste estudo uma discussão reflexiva acerca do fenômeno da violência contra a mulher através de uma abordagem relacional de gênero e sexualidade, perpassando pela posição cultural, estado físico, mental e socioeconômico da mulher em situação de violência sexual. Nesse sentido, “a violência contra a mulher entendida como conduta que se baseia no gênero, resultando em morte ou que provoque dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, é verificada tanto no espaço privado como público” (MONTEIRO et al., 2008). Com isso, de modo geral, passemos então a refletir a respeito da violência sexual contra a mulher agregando ao fenômeno, um conjunto de circunstâncias que precedem ou sucedem a violência, todos os aspectos que o ato violento acarreta, a exemplo, a dor psicológica, física, o constrangimento moral e a opressão desencadeados pelo ato de submissão involuntária e/ou inconsciente, como nos casos de estupro conjugal.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é propor uma discussão reflexiva acerca da violência sexual contra a mulher através de uma abordagem relacional de gênero, buscando a análise da repercussão na vida destas, a representatividade social desta conduta e, sobretudo, a tentativa de assinalar este tipo de violência que se tornou um problema social disseminado apoiado em uma base culturalmente aceita e fomentado um grande debate envolvendo as áreas de saúde, política, jurídica, além da análise das questões psicossociais e culturais envolvidas.

MATERIAL E MÉTODOS

Decorre deste fato à pretensão em se abordar a violência como um fenômeno. Para o alcance fez-se necessário buscarmos o embasamento em publicações sobre a temática, na tentativa de situar à evolução deste fenômeno que se configura como um problema de grande repercussão social.

¹Enfermeira. Aluna Especial Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, BA. Endereço Eletrônico: tainanlnunes@gmail.com

²Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem da UFBA. Líder do Grupo de Pesquisa e Estudo da Saúde da Criança e do Adolescente- CRESCER da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, BA.

³Enfermeira. Aluna Especial Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, BA.

DISCUSSÃO REFLEXIVA: RESULTADOS E CONCLUSÕES

“Etimologicamente, violência origina-se do latim *violentia*, e designa o ato de violentar; qualidade do que é violento; força empregada abusivamente contra o direito natural; constrangimento exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a praticar algo”. (CAMARGO; ALVES; QUIRINO, 2005). Definição que nos remete a ideia de violência enquanto uso da força física e coação pessoal, sem fazer menção às formas sutis de coerção psicológica e de outras formas de violência.

Assim, no que tange à violência sexual, somente no ano de 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como sendo todo ato sexual não desejado, além das ações de comercialização e/ou utilização da sexualidade de uma pessoa mediante qualquer tipo de coerção. (SOUZA; ADESSE, 2005). Em uma análise geral, a violência sexual não se limita somente a ter relações sexuais forçadas, também como, ser criticado em relação ao seu desempenho sexual, sofrer exposição obrigatória a material pornográfico, ser obrigado a presenciar exibicionismo e masturbação forçados, assim, “estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano e as mulheres que sofrem violência física perpetrada por parceiros íntimos também estão sob o risco de sofrerem violência sexual”. (BRASIL, 2005).

Pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos normalmente é acompanhada por abuso psicológico e de um terço a mais da metade dos casos, por abuso sexual. Desta forma, o número crescente de mulheres que sofrem de violência sexual conjugal no âmbito doméstico, torna-se praticamente impossível de desvendar, nos dados estatísticos, situações de estupro conjugal estão escondidas entre outros itens, como os de lesões corporais e atentado violento ao pudor que incluem todas as situações diferentes do coito vaginal, como mordidas, sucção das mamas, manobras digitais eróticas e a cópula anal ou oral, praticadas sob as mesmas formas de constrangimento válidas para o estupro. (MONTEIRO et al., 2008).

Com isso é pertinente fazermos os seguintes questionamentos: quem é este agressor? O que fazer quando a gravidez deriva de um estupro conjugal? As ações voltadas mais especificamente à implementação do aborto legal é a solução? Elas impedem efetivamente a perpetuação da violência contra a mulher? Violência esta que se traduz no âmbito individual e coletivo, principalmente ao se analisar o número de denúncias e internamentos de mulheres em decorrência da violência sofrida, a gravidez decorrente desta violência representa para a maioria das mulheres uma segunda forma de violência.

Os estudos micro-sociológicos evidenciam, que a violência é difundida e considerada como fato normal e corriqueiro. Assim é possível reconhecer essa sistematização e legitimação de preconceitos e discriminação nas relações de gênero, estão presentes principalmente no âmbito doméstico, pois a casa, enquanto lar agrega uma estrutura que se relaciona com vida doméstica e forma o lugar de relações de poder, como isso “a sistemática opressão da mulher é um fato conspícuo e trágico da história”. (BRASIL, 2006). O apoio no judiciário é essencial para o enfrentamento deste problema. Sendo necessário que estas saibam reconhecer o perfil deste agressor, que provêm de todos os grupos sociais e personalidades, porém com características gerais de um agressor.

Somados os atos de violência traduzem o números de abortamentos, hospitalizações, morbidades físicas e psíquicas, ações policiais e médicas, investimentos governamentais e fundamentalmente na separação cultural por gênero. O Ministério da Saúde, área técnica de saúde da mulher, vem atuando em duas estratégias: capacitar e equipar os serviços a diagnosticar os casos de violência para promover a assistência adequada e ampliar e desenvolver os serviços especializados ou de referência. (BRASIL, 2005).

A garantia de atendimento nos serviços de saúde representa parte das medidas a serem adotadas com vistas à redução desse agravo. Porém a violência sexual contra a mulher

acontece em vários contextos, com o estupro conjugal banalizando-se com o respaldo sexual do sexo como dever matrimonial este que vem acompanhado as outras formas de violência.

DESCRITORES: Relação de gênero. Saúde da mulher. Violência.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos Caderno nº 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em <URL;http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Htm> [2012mar12].

BRASIL. Secretaria especial de políticas para as mulheres. Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos. **Protegendo as mulheres da violência doméstica**. Brasília: FNEHD; 2006.

BRASIL. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Brasília: Câmara dos Deputados; 2006. Disponível em <URL; http://www2.camara.gov.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/edicoes/paginas-individuais-dos-livros/lei-maria-da-penha-lei-no-11.340. Htm> [2010jun16].

CAMARGO, CL; ALVES, ES; QUIRINO, MD. **Violência contra crianças e adolescentes negros: uma abordagem histórica**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005 Out-Dez; 14(4):608-15.

MONTEIRO, CFS; et al. **Conhecimento dos enfermeiros sobre o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual**. Rev Bras Enferm, Brasília 2008 jul-ago; 61(4): 454-8 .

SOUZA, CM; ADESSE L. organizadoras. **Secretaria especial de políticas para mulheres Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Brasília: **Ipas Brasil**. [periódico online] Brasília, DF: 2005. Disponível em <URL: http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2005/violenciasexual.pdf>[2010 mar 25].

Superintendência de Políticas para as Mulheres. **Dados estatísticos**. Salvador: **SPM**; 2011. Disponível em

<URL;http://www.spm.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=100. Htm > [2011. ago 17].

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES: CAUSAS E IMPLICAÇÕES

Hanna Gabriela Elesbão Cezar Bastos¹

Vanessa Aparecida Barros Araújo¹

Alda Brito Almeida¹

Jarede Souza Silva¹

Tiele Pires dos Santos¹

Antônio Carlos Santos Silva²

INTRODUÇÃO

A violência doméstica não é um fenômeno social novo. É uma questão de desrespeito construída ao longo dos séculos, reafirmando a dominação do mais forte dentro do grupo familiar. Na contemporaneidade, violência intrafamiliar é conceituada como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física ou psicológica, ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida (DAY, 2003).

A violência contra a mulher é a forma mais comum, apresentando em seus alicerces a questão sociocultural, dimensão esta presente nas mais diversas comunidades ou culturas, ensejando a (re)aprovação e (in)tolerância ou mesmo justificando diversas e diferentes atrocidades que são endereçadas contra a mulher. Estas atitudes são fruto de normas e conduta distorcidas a respeito do papel e das responsabilidades do homem e da mulher na nossa sociedade, variaram no contexto histórico, mas, apresentam o aspecto emblemático de submissão do papel da mulher perante o homem (GARBIN, 2006).

Através de uma constante evolução, as mulheres vêm ocupando cada vez mais posições sociais que eram exclusivamente masculinas, porém a violência contra as mesmas continuam prevalente como um grave problema de saúde pública (GARBIN, 2006).

A violência está associada à forma como a sociedade se organiza, distribui os seus bens e serviços, e constrói seus valores e normas, perpassando em raízes profundas nas estruturas socioeconômicas e políticas.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo fazer uma investigação a respeito das causas, consequências e implicações da violência doméstica e demonstrar o papel do profissional de saúde diante de uma situação de violência intrafamiliar.

¹Acadêmica de Enfermagem e Obstetrícia. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB; hannacezar@yahoo.com.br

²Professor de Educação Física. Mestre em Enfermagem e Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como uma revisão de literatura, realizada através do levantamento de artigos científicos brasileiros sobre o tema nas bases de dados LILACS e MEDLINE, entre o período de 2003-2008, disponibilizados em língua portuguesa. Foram utilizados os descritores: “violência”, “violência doméstica”, “profissional de saúde”, sendo avaliadas publicações.

Não foi necessário o encaminhamento do presente estudo para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) devido ao fato de serem utilizados dados de fontes secundárias.

RESULTADOS

Após a busca na base de dados foram encontrados cinco artigos relacionados ao tema, os quais foram analisados e compuseram duas categorias temáticas: violência doméstica e seu impacto, e a responsabilidade do profissional de saúde em relação à violência doméstica. Segundo Day *et al.* (2003, p. 10), a conceituação de violência intrafamiliar está relacionada a “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue”.

Compreende violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada (GARBIN, 2006).

A violência doméstica pode advir de vários fatores, nas quais temos: os fatores pessoais (ter sofrido abuso quando criança, pai ausente), fatores de comunidade (pobreza, desemprego, associação a amigos delinquentes e alcoolismo), como fatores da sociedade (normas socioculturais que concedem aos homens o controle sobre o comportamento feminino, aceitação da violência como forma de resolução de conflitos, conceito de masculinidade ligado à dominação).

Segundo Day *et al.* (2003), o abuso pelo parceiro íntimo configura-se como a forma mais comum de violência doméstica contra a mulher, na medida em que insere num padrão de conduta repetitiva de controle e dominação, mais do que um ato único de agressão física. O abuso pelo parceiro pode envolver agressões físicas e abuso psicológico, bem como o controle da vida cotidiana da companheira em relação a sua família e amigos, vigilância constante de suas ações e restrição de acesso a recursos variados.

Dentre os multifatores desencadeadores da violência doméstica, os mais frequentes são: desemprego, baixos salários, filhos não desejados, falta de condições de sobrevivência, abuso de drogas, alcoolismo, problemas psicológicos/psiquiátricos, história de abuso dos pais quando crianças, dentre outros não menos importantes. Os reflexos da violência são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam. Dessa maneira, esse setor tem importante papel no enfrentamento da violência familiar (SALIBA, 2007).

Sendo assim, a violência intrafamiliar configura-se como um fenômeno social muito frequente ente entre as famílias na modernidade, se tornando um problema de saúde pública, o que pode acarretar sérias consequências para a dinâmica do seio familiar-social. Vale ressaltar que, embora a violência doméstica seja considerada um problema de saúde pública, é perceptível também a falta de formação e receio do profissional de saúde em relação ao

cuidar, atender e aconselhar indivíduos passíveis de agressão familiar, pressupostos estes que envolvem a assistência física e psicológica.

CONCLUSÕES

Pautado num consenso geral, a violência intrafamiliar não escolhem raça, idade ou classe social para materializar-se. São atitudes deploráveis, cruéis, injustas, desafiadoras e concretas, que fazem parte da rotina de vários indivíduos, numa violação explícita aos direitos humanos. Por mais que a mulher tenha ganhado independência e equiparação de gênero em todos os setores, e tenha-se criado leis para repressão dessa violência.

Configura-se como uma questão social e histórica que deve fazer parte do rol de formação e combate de todos, dos familiares, vizinhança, parentes e profissionais de saúde, numa interação interdisciplinar. Faz necessário à implementação de políticas e campanhas contra a violência doméstica e um maior preparo dos profissionais de saúde.

DESCRITORES: violência; violência doméstica; profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

BERGER, Sonia Maria Dantas; GIFFIN Karen. A violência Doméstica nas Relações de Conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? Caderno de Saúde Pública. 2005. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000200008&lang=pt&tlng=pt. Acesso em 11/09/2010.

DAY, Vivian Peres; et al. Violência Doméstica e suas diferentes Manifestações. Revista Psiquiatria, Rio Grande do Sul. 2003. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082003000400003&lang=pt&tlng=pt. Acesso em 11/09/2010.

GARBIN, Clea Adas Saliba; et AL. Violência Doméstica: análise das lesões em mulheres. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2006. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001200007&lang=pt&tlng=pt. Acesso em 11/09/2010.

JONG, Lin Chau; et al. Desistindo da Denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. Revista da Escola de Enfermagem USP. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400018&tlng=pt. Acesso em 11/09/2010.

SALIBA, Orland; et al. Responsabilidade do Profissional de Saúde sobre a Notificação de Casos de Violência Doméstica. Revista de Saúde Pública. 2007. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lang=pt&tlng=pt. Acesso em 11/09/2010.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Sylvia Silva Sardinha³
Mariquele Santos Silva²
Flávia Silva Souza¹

INTRODUÇÃO

É sabido que a família, como uma constante na vida das mulheres, tem o papel de encorajar, potencializar, respeitar e promover um ambiente harmônico em que as necessidades físicas, psíquicas e sociais sejam mantidas. Entretanto, nem sempre é isso o que vem acontecendo. Sabe-se que a violência tem origem muito antiga e se encontra nas diversas estruturas sociais, econômicas e políticas, a punição psicológica, corporal ou física contra as mulheres cresce assustadoramente, ganhando espaço para uma real reflexão acerca do seu ato e consequências (ANDRADE e FONSECA, 2008). Sendo assim, o interesse pelo tema Violência Doméstica contra as Mulheres: Visão dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família, surgiu em decorrência da alta incidência de violência mostrada diariamente em nossa realidade, jornais, revistas e pela notificação por meio dos órgãos competentes. Acreditamos que essa alta incidência esteja relacionada ao pouco conhecimento e informação que os agressores possuem acerca dos fatores de riscos desencadeados pela mesma, como: baixa autoestima, dispersão nas atividades diárias o que influi em falta de atenção/concentração, influência no caráter e personalidade, os quais podem desencadear sérios problemas no futuro, como depressão e/ou tornarem-se agressoras no futuro.

OBJETIVO

Despertar uma análise crítica acerca da violência contra as mulheres, a fim de avaliar se a sociedade, profissionais de saúde e órgãos públicos estão cientes de sua responsabilidade no combate ao problema descrito.

METODOLOGIA

Estudo reflexivo a partir artigos de cunho científico publicado nos últimos anos, realizado a partir da consulta de literatura de caráter acadêmico. Critérios de inclusão: artigos que comentassem aspectos relacionados aos Casos de Violência contra mulheres ocorridos no Brasil e qual a visão dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família, utilizaram-se os seguintes descritores: Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família; Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro; Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde; Políticas Públicas Contra a Violência à Mulher, Violência doméstica: análise das lesões em mulheres.

¹Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB.

²Estudante de Psicologia da Faculdade de tecnologia e Ciências - FTC. Email: froes.kelly@gmail.com

³Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, Bolsista CAPES.

Sua busca bibliográfica dirigiu-se aos indexadores: Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2008, Revista de Saúde Pública, 2005, publicado no SciELO, ou Scientific Electronic Library Online (<http://www.scielo.org>); Portal violência contra a mulher (http://www.violenciamulher.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=17&Itemid=11); Caderno de Saúde Pública, 2006, publicado no SciELO, ou Scientific Electronic Library Online (<http://www.scielo.org>); dentre outros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura dos artigos chegamos a três aspectos principais de abordados nas publicações avaliadas: Violência Doméstica contra Mulheres; Visão dos Profissionais de Saúde da Equipe de Saúde da Família; A Relevância das Equipes de Saúde da Família na Prevenção da Violência Doméstica contra Mulher. Descreve-se violência contra a mulher qualquer ato violento baseado na diferença de gênero, que resulte em sofrimentos e danos físicos, sexuais e psicológicos da mulher; inclusive ameaças de tais atos, coerção e privação da liberdade sejam na vida pública ou privada (Conselho Social e Econômico, Nações Unidas, 1992 in Relatório de Pesquisa – SEPO). Em nosso país, a violência doméstica contra mulheres ganha contorno dramático e observam-se também diversas formas de causas externas que são as principais responsáveis pelas mortes de mulheres jovens, estendendo à idade adulta. Contudo, além da violência que leva à morte, convivemos de modo cotidiano e oculto com várias outras formas de vitimação.

A violência doméstica ou intrafamiliar é, sem dúvida, responsável por milhares de mulheres de faixa etária distinta vitimada em todo o Brasil. A violência contra as mulheres repercute diretamente na sua saúde, qualidade de vida, pode estar relacionada a estados de depressão, ao suicídio, ao abuso de drogas e álcool, a diferentes queixas como cefaleia, distúrbios gastrintestinais e sofrimento psíquico em geral. Nestes casos, as mulheres procuram mais os serviços de saúde, mas paradoxalmente a violência não é contabilizada nos diagnósticos realizados e os profissionais devem se atentar para estas mulheres que podem está sendo vítimas silenciosas e que precisam de todo apoio neste momento (ANDRADE e FONSECA, 2008). As equipes de saúde da família são muito significativas para detecção da violência, devido à sua proximidade e ampla cobertura a assistência à saúde das mulheres, podendo funcionar como um espaço importante para sua identificação, representando assim a porta de entrada para se abordar a violência, estabelecer vínculos com as mulheres encorajar a notificação, oferecendo todo apoio psicológico e de segurança pública ao entrar em contato com os órgãos competentes. Os serviços de saúde em especial a rede básica são formidáveis na descoberta primária do problema de violência doméstica contra mulher, pois estes serviços têm por base, uma cobertura e relação com as mulheres, podendo distinguir e acolher o caso antes de acidentes com maiores gravidades. Diante disso, a identificação de mulheres sob condição de violência é de extraordinário valor. No entanto, a esfera da saúde nem sempre proporciona um retorno aceitável para a dificuldade encontrada, a qual se dissolve no meio de outros insultos, sem que se observe a intencionalidade da ação que provocou a circunstância de morbidade (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

Os profissionais de saúde da família têm como maior desafio na prática cotidiana à superação das necessidades e de se integrar ao outro, mudando a relação de poder técnico-usuário, evidenciando o ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito e mostrando ao assistido que na unidade terá todo o apoio que necessitar.

CONCLUSÃO

Observamos por meio da análise dos artigos coletados a dificuldade encontrada pelos profissionais das equipes de saúde acerca da problemática no que tange a detecção dos casos, já que a maioria destes só é descoberta por denúncias anônimas da comunidade, ou por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Porém, o que ocorre muitas vezes é o fato ser negado pelos agressores quando questionados pelos profissionais. Ainda precisam ser promovidos estudos para que tenhamos mais dados ancorados na realidade empírica do Brasil, bem como despertar maior interesse por parte de acadêmicos, profissionais de saúde e sociedade em busca de uma reflexão mais concisa e embasada em números e configurações precisas dos maus-tratos e violência doméstica contra as mulheres.

Palavras-chave: Violência doméstica; Mulheres; Família.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Clara de Jesus Marques and FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 591-595. ISSN 0080-6234. doi: 10.1590/S0080-62342008000300025.

LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó and RODRIGUES, Daniela Taysa. **Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 467-473. ISSN 0080-6234. doi: 10.1590/S0080-62342008000300008.

RELATÓRIO DE PESQUISA – SEPO. **Violência Doméstica Contra a Mulher.** Brasília, março de 2005. Disponível em: <<http://www.mulherdemocrata.org.br/RelatorioViolenciaContraMulher.pdf>>. Acessado em 10 / Abr. / 2009.\

VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE BAIANO

Clarice Alves dos Santos¹
Ariane Nepomuceno Andrade¹
Jefferson Paixão Cardoso¹
Tânia Maria de Araújo²
Daíla dos Santos Freire¹
Thiago Raphael Martins Meira¹

INTRODUÇÃO

A violência, enquanto violação dos direitos humanos apresenta-se como fenômeno mundial e endêmico, que envolve relação assimétrica e desigual de poder social, político e econômico, capaz de provocar lesões, danos, privações e distúrbios, especialmente em populações e grupos vulneráveis, tornando-se um grave problema de saúde pública em vários países (KRUG et al., 2002; MINAYO, 2005; LANCMAN et al., 2009). Sendo que no Brasil, nas últimas décadas, ocupa uma das primeiras posições entre as causas de mortalidade geral no Brasil (BRASIL, 2012).

A violência relacionada ao trabalho é caracterizada como qualquer ação individual ou coletiva contra um indivíduo ou grupo que ocasione danos físicos ou psicológicos, ocorrida ou que envolva relações e atividades estabelecidas no ambiente de trabalho. E ainda considerado como violência no trabalho as privação e infração de princípios fundamentais e direitos dos trabalhadores; negligência quanto às condições de trabalho; e omissão de cuidados, socorro e solidariedade ao trabalhador em situação de adversidade (OLIVEIRA; NUNES, 2008).

A partir do final da década de 1980 a violência no trabalho vem ganhando visibilidade como um tema de grande relevância para a saúde dos trabalhadores (CAMPOS, PIERANTONI, 2010), por representar um risco ocupacional crescente, verificado principalmente nos ambientes dos setores de serviços de (saúde, transporte, comércio varejista e educação) (SANTOS; DIAS, 2005; PALACIOS, 2003). Segundo Campos e Pierantoni (2010) a morbidade decorrente da violência no ambiente trabalho atingem principalmente mulheres e profissionais de serviços de saúde, sendo perpetrado em geral por usuários do serviço.

Estudos apontam que a violência sofrida pelos trabalhadores do setor saúde está relacionada, sobretudo às relações interpessoais estabelecidas, ou seja, ao contato direto com o público (CAMPOS; DIAS, 2007; CAMPOS, PIERANTONI, 2010). Sendo, pois, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o principal elo entre a comunidade e o serviço de saúde, supõe que estes trabalhadores estão frequentemente expostos a situações de violência.

1. Núcleo de Estudos em Saúde da População – NESP. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

2. Núcleo de Epidemiologia – NEPI. Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS.

OBJETIVOS

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo caracterizar a violência no ambiente de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de um município do Sudoeste Baiano.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é parte integrante do projeto multicêntrico “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde de trabalhadores da saúde da Bahia”. Foi delineada uma proposta de observação transversal, de natureza descritiva, realizado com a população de Agentes Comunitários de Saúde do município de Jequié-BA.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi composto por oito blocos de questões aplicados. Contudo neste estudo foram consideradas apenas às informações sociodemográficas e às informações referentes aos atos de violência/vitimização no trabalho.

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences – SPSS*, versão 10.0. Na análise descritiva foram calculadas as frequências (relativa) considerando-se as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, situação conjugal, nível de escolaridade, presença de filhos) e as variáveis relativas à vitimização no ambiente de trabalho dos ACS.

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana - CEP/UEFS (CAAE: 0086.0.0059.000-09), seguindo as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi assegurada aos ACS a confidencialidade das informações fornecidas, sendo ainda, garantido o anonimato dos profissionais e a utilização dos dados exclusivamente para atender aos objetivos da pesquisa.

RESULTADOS

Foram estudados 280 ACS dos 282 profissionais cadastrados no município (taxa de resposta de 99,99%). As mulheres representavam a maior parte da população estudada 83,5%; a média de idade foi de $39,44 \pm 9,08$ anos, variando de 21 a 63 anos. A maioria 69,0% dos ACS eram casado/união estável; tinham filhos 82,9% e havia cursado o ensino médio completo 65,3%.

No que se refere a violência no trabalho, os resultados demonstraram que 26,0% dos ACS reportaram sentir a sua segurança pessoal ameaçada no seu local de trabalho, 12,7% sente-se ameaçado quanto a segurança de seus pertences e bens pessoais no seu ambiente de trabalho; 14,7% dos ACS reportaram ter presenciado (uma vez) e 15,5% (algumas vezes) episódio de violência física e /ameaça praticada por usuários do serviço de saúde. No que se refere à violência praticada por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do serviço de saúde, 22,5% dos ACS reportaram ter sofrido em algum momento esse tipo de violência nos últimos 12 meses. Quanto à agressão ou ameaça (física e/verbal) praticada pelos chefes ou colegas de trabalho a usuários dos serviços e outro colega de trabalho, 90,7% e 89,9, respectivamente nunca presenciou episódios desse tipo de violência em seu ambiente de trabalho.

Vale ressaltar que 9,4% dos participantes desse estudo reportaram em algum momento ter pensado em mudar o seu local de trabalho em função dos episódios de violência vivenciado.

CONCLUSÕES

Esse estudo possibilitou descrever a ocorrência de violência no ambiente de trabalho dos ACS, onde os achados apontam para a necessidade de repensar a organização do trabalho e de políticas públicas de prevenção, controle e enfrentamento da violência relacionada ao trabalho, através da melhoria das condições de trabalho; capacitação dos trabalhadores a respeito da violência praticada por usuários do serviço de saúde, familiares, gestores e colegas, promovendo assim, à segurança e o bem-estar dessa categoria profissional, dentro e fora do ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Violência; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde do Trabalhador.

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REVISÃO DA LITERATURA

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira¹
Rodrigo Nonato Coelho Mendes²

INTRODUÇÃO

A violência intrafamiliar constitui uma temática que demanda não apenas qualificação especializada dos serviços de apoio às famílias, mas também prioridade na pauta de políticas públicas para que possa contribuir para o processo de superação dos envolvidos evitando recidivas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) define a violência intrafamiliar como “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família”. A violência intrafamiliar é definida por Araújo (2002) como “A violência que ocorre na família, envolvendo parentes que vivem ou não sob o mesmo teto, embora a probabilidade de ocorrência seja maior entre parentes que convivem cotidianamente no mesmo domicílio. Caracteriza-se por uma relação de poder e dominação vivenciada entre pessoas da mesma família”. O objetivo do estudo foi revisar a literatura e assim reunir informações sobre a Violência Intrafamiliar Contra Crianças e Adolescentes.

MÉTODO

A revisão de literatura é imprescindível para a elaboração de um trabalho científico. O pesquisador deve acreditar na sua importância para a qualidade do projeto e da pesquisa e que tudo é aproveitável para os relatórios posteriores (ECHER, 2001). Para a construção do presente trabalho, foi realizada busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores associados: “Violência”, “Violência Doméstica”, “Rede Social”, “Defesa da Criança e do Adolescente”, Todos constantes nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS BVS.

Este estudo foi desenvolvido como embasamento teórico para o desenvolvimento de um projeto de Ensino, Pesquisa e Extensão, que foi desenvolvido como linha de pesquisa do Projeto de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET de agosto de 2010 a agosto de 2012. Enfatiza-se que o presente estudo não envolve seres Humanos.

¹Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco-UNIVASF. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES e Doutoranda em ²Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia – UFBA **Contato Relator:** olindalira@gmail.com

²Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreende-se que a Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes é um fenômeno que ocorre indistintamente em qualquer classe social ou condição econômica. Autores como Ferreira e Schramm (2000) dizem que “a violência exercida por pais ou responsáveis contra suas crianças e adolescentes se constitui em um problema social e histórico, presente em todas as sociedades” (FERREIRA; SCHRAMM, p.660).

TIPOS DE VIOLÊNCIA PRATICADOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os atos de violência contra crianças e adolescentes encontram-se classificados em quatro modalidades: violência física, negligência ou privação de cuidados, violência psicológica e sexual.

Compreende-se violência física, também denominada punição corporal, como “toda ação que causa dor física numa criança, desde um simples tapa até o espancamento fatal” (GUERRA, 2004, p.1). Este tipo de violência normalmente é acompanhada principalmente pelo medo, espanto e sofrimento psíquico. Entende-se por negligência, a omissão dos pais ou responsáveis em prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Guerra (2004) explica que em lares em que os pais negligenciam seus filhos observa-se falta de alimentos, falta do estabelecimento de rotinas e cuidados higiênicos.

Violência sexual referindo-se a crianças e adolescentes representa “o envolvimento de crianças e adolescentes, por adultos, mediante o uso da força física ou da sedução, objetivando a satisfação e o prazer destes, em atos ou jogos e práticas sexuais” (NEGRÃO et al,2005,p.27). Violência psicológica também denominada simbólica, “É a forma mais subjetiva, embora seja muito frequente, a associação com agressões corporais. Deixa profundas marcas no desenvolvimento, podendo comprometer toda a vida mental” (DAY et al, 2003, p. 5).

REDES DE APOIO SOCIAL

Para Brito e Koller (1999), Rede de apoio social representa um “conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo”. Assim, explicam as autoras mencionadas que uma rede social eficiente influencia na prevenção de casos de violência intrafamiliar, contribuindo para a elevação da auto-estima e fortalecimento da imagem pessoal dos membros das famílias.

Na área da Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes, existem ainda profissionais que não acreditam em crianças e adolescentes vítimas de violência, defendendo, em algumas situações, a adoção de medidas corporais como práticas disciplinares.

NOTIFICAÇÃO

A Portaria n. 1.968/01 vem sendo aprimorada no sentido de reforçar a vigilância de violências em geral, incluindo doméstica e sexual, que passam a ser de notificação obrigatória em todas as unidades de saúde, através da Portaria Nº 104, de 25 de Janeiro de 2011, foi adequada à nova legislação brasileira, tornando as “Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências” de notificação universal, por toda a rede de assistência à saúde, e não apenas por unidades sentinelas, como anteriormente. O documento estabelece que os serviços de saúde

de Estados e municípios, a partir do dia 26/01/2011, obrigatoriamente deverão notificar qualquer caso suspeito ou confirmado de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, os quais já estão previstos na Legislação (Leis nº 8.069/1990, nº 10.778/2003 e nº 10.741/2003).

Neste sentido, a notificação de casos confirmados ou suspeitos de práticas de maus tratos contra crianças e adolescentes aos órgãos que cuidam da garantia dos direitos das crianças e adolescentes, pode contribuir para inibir ou reduzir tais práticas. Para tanto, a ficha de notificação após preenchida, deve ser enviada ao Conselho Tutelar, com cópia para a Secretaria Municipal de Saúde, Afim de que sejam tomadas as medidas cabíveis (GUERRA, 2004).

CONCLUSÃO

Observa-se que os profissionais da saúde nem sempre estão preparados para oficializar a notificação de uma violência, seja ela constatada ou suspeita. Muitos não possuem conhecimento do fenômeno, outros ficam em dúvida se possuem o direito de intervir na família, têm medo de ameaças e das consequências tanto para as vítimas como para si próprios ou até mesmo podem não dar a devida importância ao tema. Outro obstáculo encontrado para a notificação é a ética que respalda cada profissão, muitas vezes compreendida de forma equivocada pelo profissional, que não interpreta como sendo seu dever notificar.

DESCRITORES: Violência, Violência Doméstica, Rede Social, Defesa da Criança e do Adolescente.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria de Fátima. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em estudo**. Maringá, v.7, n. 2. p 3-11, jul/dez. 2002. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?hl=pt-%20R&q=ARAÚJO,+Maria+de+Fátima.+Violência+e+abuso+sexual+na+família.+Estudos+de+Psicologia.+Maringáhttp://www.google.com.br/search?hl=pt-> acesso em: 11/08/2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.28 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>. Acesso em 08/05/2009.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. In SENADO FEDERAL. Legislação Republicana Brasileira. Brasília,1990. Disponível em: <http://www.eca.org.br/eca.htm#texto>. Acesso em: 12/05/2009

BRITO, Raquel Cardoso; KOLLER, Silvia Helena. Desenvolvimento Humano e Redes de Apoio Social e Afetivo. In: Carvalho, Alysso Massote(org.). **O mundo Social da Criança: Natureza e Cultura em Ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129

DAY, Viviane Peres et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Rio Grande do Sul, v. 25, n. supl., p.9-21. Abr. 2003. disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082003000400003&script=sci_arttext. Acesso em 14/07/2008.

ECHER. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. v.22, n. 2, jul. 2001, p. 5-20. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23470> acesso em 03 out 2012;

FERREIRA, Ana Lúcia;SCHAMM,Fermin R. Implicações Éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Saúde Pública**. São Paulo, v.34, n.6.p.659-665, Dez. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000600016 Acesso em: 18/10/2009;

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. Prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: I Seminário Regional de Combate à Violência Doméstica e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes – **Ação em debate**. Uberaba, Nov. 2004. Disponível em: www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/uberaba.doc Acesso em 24/02/2010.

NEGRÃO, Télia et al.Dossiê:Violência de gênero contra meninas: Violência doméstica ou intrafamiliar; exploração sexual e comercial; violência institucional por ação ou omissão. Rio Grande do Sul: **Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos** Rede Feminista de Saúde Regional do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAAs/Dossi%EA%20Viol%EAncia%20de%20G%EAnero%20Contra%20Meninas.pdf> Acesso em 16/01/10.

CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS

Roberta Laíse Gomes Leite Morais¹

Juliana Costa Machado²

Elisama Nascimento Rocha³

Vanda Palmarella Rodrigues⁴

Alba Benemerita Alves Vilela⁵

Zenilda Nogueira Sales⁶

INTRODUÇÃO

A violência intrafamiliar consiste em toda ação ou omissão que possa prejudicar o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Esta pode ser cometida na própria residência ou fora, por algum membro familiar, incluindo as pessoas que apesar de não terem laços consanguíneos, assumem função parental (GUERRA, 2004).

Ressaltamos também que a violência intrafamiliar pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade, como agressão física, psicológica-moral, negligência-abandono, sexual e financeiro-patrimonial. Ela pode, ainda, afetar indivíduos de todas as idades, porém as crianças, por sua total falta de defesa e dependência dos adultos, tornam-se um grupo de maior vulnerabilidade (MINAYO; DE SOUZA, 2003; GUERRA, 2004).

Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 227 estabeleceu os direitos fundamentais das crianças e adolescentes, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Esse Estatuto trata sobre o direito à vida e à saúde das crianças e dos adolescentes, além de evidenciar que nenhuma criança ou adolescente poderá ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência e crueldade, devendo ser punido na forma da lei, qualquer atentado, seja pela ação ou pela omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1988; 1990).

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Professora Auxiliar do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/Campus de Jequié-BA. E-mail: robertalaise@hotmail.com.

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde. Professora Auxiliar do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/ Campus de Jequié-BA.

³Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/Campus de Jequié-BA. Doutoranda em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Pleno do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/Campus de Jequié-BA. Vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB.

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/ Campus de Jequié-BA.

Para que ocorra visibilidade da violência doméstica na rede básica de saúde são necessárias mudanças organizativas no serviço e nas abordagens realizadas pelos profissionais, no sentido de não priorizarem apenas o cumprimento de metas e a execução das técnicas propostas pelos programas. Isto significa que devem ser estabelecidos diálogo e relações mais simétricas entre os profissionais e usuárias (ANDRADE; FONSECA, 2008).

Diante disso, é imprescindível que os profissionais de saúde das equipes de saúde da família, compreendam todo o contexto no qual as famílias transformam-se em vítimas e perpetradoras de violências.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo analisar as situações de violência intrafamiliar contra crianças identificadas pelos profissionais de saúde no contexto das Unidades de Saúde da Família (USF).

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo integrou a pesquisa “Violência intrafamiliar no contexto das Unidades de Saúde da Família”, sendo esta de natureza qualitativa, tipo pesquisa-ação, realizada em três USF do município de Jequié/BA. Como sujeitos, contamos com 25 profissionais das equipes de saúde das referidas unidades que aceitaram participar da entrevista, entre estes, enfermeiras, técnicos (as) de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os dados foram coletados individualmente por meio de entrevista semiestruturada, com auxílio do gravador, contendo questões relacionadas aos tipos de violência intrafamiliar no contexto das UFS e as estratégias para o seu enfrentamento.

Como técnica de análise dos dados foi utilizada a análise de discurso, segundo Fiorin, que consiste no estudo dos elementos discursivos na perspectiva de inferir a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos, sendo esta determinada socialmente (FIORIN, 2003). Em cumprimento às exigências legais definidas na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os dados só foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) sob protocolo nº 055/2009, mediante consentimento dos entrevistados, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A partir da análise das entrevistas evidenciamos quatro categorias que discorrem sobre as concepções dos profissionais de saúde da ESF sobre a violência intrafamiliar contra crianças. No que se refere à categoria *Violência intrafamiliar contra a criança decorrente do contexto familiar e social desestruturado* evidenciou-se nos discursos dos entrevistados que as vítimas convivem em um ambiente onde há presença de álcool e outras drogas, além de uma estrutura social deficiente, prejudicando o equilíbrio familiar. Ambiente este, propício e desencadeante da violência contra a criança. Na categoria *Negligência dos pais aos cuidados à saúde da criança* os discursos dos entrevistados demonstraram as falhas dos pais e familiares em proporcionar as condições necessárias ao desenvolvimento da criança em relação à saúde. Outra categoria foi *Violência física e psicológica contra criança evidenciada nas relações de poder entre pais e filhos* os entrevistados desvelaram nos discursos algumas

manifestações da violência física e psicológica que eles conseguiram identificar no contexto das famílias, onde desenvolvem suas atividades. Na categoria *Suspeita de violência sexual contra a criança* chamou-nos atenção que apareceu timidamente uma suspeita de violência sexual, porém sem confirmação.

CONCLUSÃO

O contexto familiar e social desestruturado são fatores que contribuem para a ocorrência da violência contra a criança, além da dificuldade dos profissionais de saúde em identificar a violência sexual. A violência intrafamiliar constitui-se uma questão social de grande amplitude e complexidade no campo da saúde coletiva, que envolve profissionais de diferentes campos de atuação, requerendo, capacitação destes e apoio interinstitucional para seu enfrentamento e efetivação das políticas públicas voltadas para esta problemática.

Entretanto, este e outros estudos trazem algumas reflexões para a prática dos profissionais de saúde das USF na identificação das situações de violência intrafamiliar o que contribuirão com as equipes em relação à adoção de atitudes para a prevenção e controle destas situações. Contribuirá também para uma gestão pública que possa garantir: saúde, segurança, justiça, educação, defesa dos direitos humanos e movimentos sociais para o enfrentamento da violência.

Cabe ressaltar a necessidade do (re) direcionamento de políticas públicas de prevenção e promoção que contribuam para conter e prevenir a violência contra criança, de maneira a subsidiar a atuação dos profissionais de saúde e minimizar o sofrimento dos membros familiares frente às situações de violência experienciadas em seu cotidiano, a partir de ações que promovam a igualdade e o exercício dos direitos humanos.

PALAVRAS-CHAVE: violência; violência doméstica; saúde da família; criança.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. J. M.; FONSECA, R. M. G. S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP** [Internet]. 2008 [citado 2012 abr. 28]; 42(3): 591-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000300025&lng=en&nrm=iso>. ISSN 00806234.- <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300025>.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília; 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal; 1988.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. 6. ed. São Paulo: Ática; 2003.

GUERRA, V. N. A. **Prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes** [internet]. Palestra. I Seminário Regional de combate à violência doméstica e exploração sexual contra crianças e adolescentes – ação em debate. Uberaba - MG; 2004. [citado 2010 jun. 29]. Disponível em: <<http://www.usp.br/ip/laboratorios/lacri>>.

MINAYO, M. C. S.; DE SOUZA, E. R. (orgs.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

APLICAÇÃO DA LEI MARIA DA PENHA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE SEGURANÇA

Ivone Gonçalves Nery¹
Valeria Alves da Silva Nery²
Wellinton Gonçalves Nery³
Valeria dos Santos Ribeiro⁴
Ícaro Alves Brito⁵
Diego Micael Barreto Andrade⁶

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é ato perpetuado e comum vivenciado em todo o mundo, mas consiste em um abuso dos direitos humanos e da sua saúde. Na grande maioria das vezes, os agressores são integrantes de suas próprias famílias, ou parceiros, íntimos e por estarem envolvidas por laços afetivos e dependência financeira, submetem-se aos atos de violência perpetrados por estes. A violência contra mulheres adultas e jovens inclui a agressão física, sexual, psicológica e econômica, afetando o bem-estar físico e mental. A Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) surgiu como um mecanismo legal para prevenir, combater e erradicar a violência contra a mulher, garantido punições mais rígidas contra os agressores. Nessa luta travada contra a violência à mulher, os profissionais de saúde podem ocupar uma posição de destaque por ser a categoria que tem o primeiro contato com a vítima após o trauma sofrido. Eles podem prestar atendimento médico, documentar os ferimentos sofridos e encaminhar tais pacientes aos serviços de assistência legal e social.

OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo geral: Descrever o quadro atual da agressão física contra a mulher no município de Jequié/BA. E como objetivos específicos: Analisar se os profissionais de saúde e de segurança do município de Jequié/BA têm aplicado os dispositivos da Lei Maria da Penha em sua prática profissional; Relatar neste quadro os encaminhamentos feitos por profissionais de saúde pertencentes ao quadro de funcionários do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV).

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de campo, do tipo descritiva-exploratória. Os cenários escolhidos foram o Pronto Socorro do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) e a Delegacia Especializada em Atenção a Mulher (DEAM), ambos localizados no município de Jequié-BA.

¹Professora Assistente do Curso de Enfermagem da UESB.Mestre em Enfermagem.

²Professora Auxiliar Substituta do Curso de Enfermagem da UESB.Mestranda em Enfermagem e Saúde-UESB

³Especialista em Comunicação e Saúde. Analista Universitário da UESB.

⁴Graduanda do curso de Enfermagem da UESB.

⁵ Graduando do curso de Enfermagem da UESB. Email: icarobritto@hotmail.com

⁶ Graduando do curso de Enfermagem da UESB.

Os sujeitos da pesquisa se constituem de 02 médicos, 04 enfermeiros, 01 assistente social e 01 delegada. Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento um questionário, aplicado aos sujeitos da pesquisa. As informações foram analisadas por meio da Análise de Conteúdos, tipo temática, de Bardin (1977). Teve início somente após aprovação pelo CEP/UESB, sob protocolo nº 154/2010.

RESULTADOS

A luta de uma mulher chamada Maria da Penha, chamou a atenção das autoridades da ONU, as quais puniram o Brasil pela irresolutividade dos casos de violência contra a mulher, e cobrou que o país adotasse meios para prevenir, combater e erradicar a violência contra a mulher. Nesse contexto, surgiu a Lei 11.340/2006, que foi titulada de Lei Maria da Penha. Hoje, anos após a implementação desta lei, observa-se o avanço paulatino nesse combate, com a implantação de DEAMs pelo país. Contudo, no que se refere às atuações por parte dos profissionais de saúde, constata-se que há uma ausência de escuta social das mulheres vítimas de violência sexual. Nos achados da pesquisa, ficam demonstrados que todos os profissionais de saúde entrevistados não aplicam os termos referentes à Lei Maria da Penha, denotando que a invisibilidade das questões de violência sexual nos atendimentos também está relacionada às dificuldades dos profissionais em lidarem com o tema. No entanto, a partir das entrevistas com os sujeitos do estudo, ficou evidenciado que os profissionais de saúde entrevistados apenas ouviram falar sobre a referida lei e, alguns deles conhecem seu histórico. E nenhum destes aplicam os dispositivos da lei que competem a sua profissão, confirmado quando relataram não existir um procedimento oficial na rotina para abordar os casos de violência contra a mulher, desconhecendo que a referida lei, assim como outros dispositivos legais, determinam os encaminhamentos para a referida área. Ressalta-se que a profissional da área de segurança, além de conhecer profundamente o teor da Lei e dos demais dispositivos legais de proteção a violência contra a mulher, relata que em seu agir profissional assegura os direitos descritos na legislação referente aos direitos e garantia às mulheres vítimas de violência de qualquer tipo. No atendimento a mulheres, os profissionais de saúde sempre tentam transferir o problema para outros serviços, como o judiciário, o setor de segurança pública ou o serviço social da instituição, conforme evidenciou esta pesquisa. Levando a inferir que eles não estão capacitados para tratar das questões da violência, havendo grande ausência sobre este tema nos currículos dos cursos superiores do país. Esta realidade se materializa também nesse trabalho, ao constatar que dos sete profissionais de saúde entrevistados seis atribuíam a outro profissional a responsabilidade de notificar os casos de violência contra a mulher. Geralmente, os profissionais escolhidos eram os assistentes sociais e os policiais militares de plantão na unidade. Para tratar os casos de violência contra a mulher é importante que haja um trabalho multiprofissional nos serviços de saúde, de forma que qualquer profissional esteja preparado a ouvir com atenção e respeito os problemas da usuária. É preciso ainda, que haja uma articulação dos serviços de saúde com outros, tais como delegacias da mulher e casas-abrigo, cabendo ao/a profissional de saúde diagnosticar, orientar, notificar e encaminhar a mulher em situação de violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que este estudo é relevante pois busca registrar cientificamente informações sobre a Aplicação da Lei Maria da Penha por Profissionais de Saúde e de Segurança do Município de Jequié/Ba. Espera-se que a mesma contribua para a reflexão e quiçá mudanças no agir

profissional dos trabalhadores de saúde quanto à necessidade de aplicação dos dispositivos da lei em seu âmbito de atuação. Na enfermagem e demais profissões de saúde que esta investigação seja referência para o conhecimento, informação e sensibilização da necessidade de maior conhecimento quanto ao dever ético-legal de aplicarem a Lei Maria da Penha na prática, para assim contribuírem no cumprimento dos direitos que a lei assegura às mulheres vítimas de violência.

Palavras-chave: Violência, Mulher, Profissionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**. Brasília: Câmara dos Deputados; 2006. Disponível em <URL; <http://www2.camara.gov.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/edicoes/paginas-individuais-dos-livros/lei-maria-da-penha-lei-no-11.340.Htm>> [2010jun16].

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E AS ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Elisama Nascimento Rocha¹

Juliana Costa Machado²

Vanda Palmarella Rodrigues³

Alba Benemerita Alves Vilela⁴

Roberta Laíse Gomes Leite Morais⁵

Carlane Souza Oliveira Caires⁶

INTRODUÇÃO

A violência, apesar de não ser considerada, em si, como um tema da área de saúde, a afeta por ocasionar lesões, traumas físicos e emocionais e mortes. Neste sentido, para compreender o impacto da violência sobre a saúde é necessária uma discussão conjunta dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida (Minayo, 2006).

Apresentando-se como um fenômeno complexo, as manifestações da violência desvelam a exacerbação dos conflitos sociais e se constitui em tema emergente e relevante para as necessidades de saúde do país, representando a terceira causa de morte na população geral e a principal responsável pela morte dos brasileiros de 1 a 39 anos de idade (Minayo e Souza, 2003 e Brasil, 2008). Este estudo discute sobre a violência intrafamiliar, que pode ser manifestada por variadas formas de violência interpessoal, com diferentes graus de severidade: agressão física, abuso sexual, abuso psicológico, negligência, abandono, maus-tratos, entre outras.

Os profissionais de saúde estão em uma posição estratégica para detectar riscos e identificar as possíveis vítimas de violência intrafamiliar. Com frequência, os profissionais de saúde são os primeiros a serem informados sobre episódios de violência, exigindo destes a promoção do cuidado integral e uma escuta sensível voltadas a estas questões (Brasil, 2001). Desta forma, é de responsabilidade das Equipes de Saúde da Família (ESF) conhecer, discutir e buscar a identificação dos fatores de risco na população adscrita, para facilitar a definição de ações a serem desenvolvidas, com a finalidade de intervir preventivamente ou confirmar um diagnóstico, e viabilizar a adoção das medidas adequadas às diversas situações de violência intrafamiliar.

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). elisamapq@hotmail.com

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde. Professora Auxiliar do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/ Campus de Jequié-BA.

³Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/Campus de Jequié-BA. Doutoranda em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Pleno do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/Campus de Jequié-BA. Vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB.

⁵Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Professora Auxiliar do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/Campus de Jequié-BA.

⁶Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB.

OBJETIVOS

Conhecer os tipos de violência intrafamiliar identificadas pelos profissionais das ESF e descrever as estratégias de intervenção implementadas pelos profissionais das ESF nas situações de violência.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa-ação onde é possível agregar diversas técnicas de pesquisa social, com as quais se estabelece uma estrutura coletiva, participativa e ativa no nível da captação da informação, requer, portanto, a participação das pessoas envolvidas no problema investigado (Gonçalves e col., 2004). A pesquisa foi realizada em três Unidades de Saúde da Família do município de Jequié-BA. Teve como informantes 25 profissionais de saúde das referidas USF, entre estes: enfermeiros, auxiliares/ técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com apoio de um gravador e assinatura prévia dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB), sob o protocolo nº 055/2009. Utilizamos o método da análise do discurso segundo Fiorin, pois permite compreender o processo de produção em que o discurso ocorreu e refletir de forma geral sobre as condições em que ele se deu.

RESULTADOS

Neste estudo conseguimos identificar no âmbito da ESF os mais diversos tipos de violências na família e principalmente a grupos mais vulneráveis a tal fenômeno como crianças, mulheres e idosos. Podemos verificar também que os profissionais de saúde da ESF buscam estratégias de atuação para enfrentamento dessas violências no ambiente familiar. *Negligência, violência física e psicológica contra crianças*: nesta categoria os entrevistados evidenciaram a violência contra a criança demonstrada através da negligência, da violência física e psicológica efetivada pelos próprios pais. *Violência física e psicológica contra a mulher*: esta categoria retratou a mulher como um membro vulnerável à violência física e psicológica no ambiente familiar.

Os entrevistados evidenciaram uma situação de submissão e dominação do homem à mulher. *Violência contra idoso provocada pelos familiares*: nesta categoria evidenciamos, por meio dos discursos dos informantes, as manifestações da violência intrafamiliar contra idosos no contexto das USF. A partir dos entrevistados pudemos observar situações em que os idosos foram submetidos à violência física por parte de seus familiares, principalmente filhos e netos, em decorrência de problemas mentais e do uso das drogas. *Estratégias de Atuação dos profissionais de saúde da ESF no enfrentamento da violência intrafamiliar*: nesta categoria verificamos através dos discursos dos profissionais de saúde da ESF que eles procuram desenvolver ações de acompanhamento e enfrentamento dos casos de violência intrafamiliar. Identificamos que os informantes ao se depararem com situações de violência intrafamiliar recorrem à equipe de saúde em que fazem parte e juntos elaboram as medidas cabíveis para enfrentar o problema.

Os profissionais da ESF retrataram que procuram escutar e orientar as situações de violência na família e a partir disso encaminhar aos órgãos competentes. Entretanto, alguns

profissionais da ESF retrataram encontrarem dificuldades como a falta de articulação mais efetiva com os órgãos de proteção e assistência às vítimas.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou identificar o entendimento dos profissionais de saúde da ESF nos casos de violência intrafamiliar bem como as estratégias experienciadas por estes profissionais no enfrentamento deste fenômeno no município de Jequié-BA. A realização desta pesquisa nos oportunizou uma compreensão mais abrangente sobre a problemática considerando o contexto complexo que permeia a violência, principalmente aos grupos mais vulneráveis como crianças, mulheres e idosos.

Constatamos a partir dos resultados encontrados que os profissionais de saúde da ESF identificam a violência intrafamiliar como aquela que ocorre no âmbito familiar, velada ao domicílio e decorrente da dominação do homem sobre a mulher, negligência e maus tratos contra as crianças e também a violência contra os idosos. Os profissionais ao suspeitarem ou confirmarem uma situação de violência intrafamiliar, dialogam com a vítima, comunicam à equipe de saúde, além de orientarem as famílias vitimadas, demonstrando que estes profissionais buscam agir, aproximando-se ao que define os Ministérios de Saúde e da Justiça referente aos casos de violência intrafamiliar.

Acreditamos que este estudo poderá subsidiar a formação e capacitação de profissionais da saúde, proporcionado maior visibilidade ao fenômeno da violência, bem como suscitar a necessidade de instrumentalização sobre a temática, seja através de leituras, cursos, além da implementação de estratégias mais efetivas frente às pessoas em situação de violência, com atuação e envolvimento de todos os membros da ESF de maneira a respaldar e embasar as decisões.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Violência doméstica; Saúde da família.

ACÇÕES DESENVOLVIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Nathalie Oliveira Gonçalves¹

Juliana Costa Machado²

INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe nos serviços de saúde de atenção básica é visto como algo positivo para as profissionais de saúde, pois tem proporcionado um melhor acolhimento das necessidades dos usuários, formação de vínculos, com respeito à autonomia dos sujeitos, bem como um cuidado à saúde integral e humanizado para a população (VERNASQUE, 2010).

Portanto, a implementação de políticas equânimes, ou seja, que reconhecem as diferenças (justas ou injustas) referentes às necessidades de uma população, implica, portanto, na definição de campos específicos para sua aplicação (VIANA, FAUSTO, LIMA; 2003). Diante disso, o estudo teve como objetivo, verificar as ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família para atender a violência doméstica nas famílias do seu território.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa onde os entrevistados se expressam livremente sobre o tema. A pesquisa foi realizada nas USF do município de Jequié-BA. Utilizamos como critérios de inclusão as USF que funcionavam em equipes duplas, pela facilidade de acesso. Assim, tivemos 7 USF participantes do estudo com 14 equipes, sendo que destas somente 8 enfermeiros aceitaram participar da referida pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e assinatura prévia dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB), sob o parecer nº 21807.

Para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo proposta por Bardin (2010) onde inicialmente procedemos à transcrição na íntegra das entrevistas, posteriormente a pré-análise que buscou contemplar por meio de uma leitura flutuante, a constituição do corpus.

RESULTADOS

Neste estudo conseguimos observar as ações desenvolvidas por profissionais na atenção a violência doméstica vivenciadas pelas famílias. Nesse contexto definiu-se uma categoria onde foi abordada a questão atividades educativas e incentivo a participação em grupos sociais

¹ Enfermeira. Pós graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. e-mail: nath-oliveira@hotmail.com

² Docente do curso de Enfermagem do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Mestre em Enfermagem e Saúde.

CATEGORIA 1: As ações desenvolvidas na ESF na atenção a violência doméstica

Subcategoria 1.1: Atividades Educativas

Logo, de acordo com as falas dos entrevistados, as atividades educativas são colocadas como ações desenvolvidas na área da Unidade de Saúde da Família com atenção as necessidades da população e a violência doméstica, assim após a análise pode-se perceber que as falas remetem a palestras, e as atividades de educação em saúde como ações desenvolvidas pela ESF.

E2: fazemos atividades educativas como meio de conscientizar as famílias sobre uso de drogas e suas conseqüências [...] E6: Desenvolvemos palestras nas escolas sobre drogas, violência contra as mulheres. Nessas atividades distribuimos folhetos com ilustrações para facilitar o entendimento.

Inserido nesse contexto, observa-se que não há formula para atividades realizadas, como palestras e oficinas com o intuito de ajudar, se os profissionais não presenciarem e conhecer as realidades com as quais a comunidade passa. Deve-se conhecer a realidade social por qual passa os indivíduos e desenvolver atividades que adentrem a realidade dele, para que possa assim ser modificado (FERREIRA; SOARES, s/a).

Subcategoria 1.2: Incentivo a participação em grupos sociais

Assim como foi percebido nas respostas, que é buscado o apoio de outros setores nas questões referentes às ações da ESF, onde algumas equipes referem que existe o apoio e a intersetorialidade de diversas organizações.

E2: Também acionamos as assistentes sociais em casos mais graves [...] E5: temos as parcerias com CRAS, UESB e Secretaria Municipal de Saúde [...] E6: Temos o apoio junto com a Secretária de Ação Social, de Secretaria de Desenvolvimento Social [...]

Dentro da Proteção Básica do SUS (2006) encontra-se o CRaS, que atua na prestação de serviço e programas socioassistenciais às famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário, destinado à população em situação de vulnerabilidade. Essa rede parte do pressuposto de que são funções básicas das famílias prover proteção e socialização dos seus membros, constituindo-se como referências morais de vínculos afetivos e sociais, identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições e o Estado (BRASIL, 2006).

CONCLUSÃO

Nesse contexto, onde se amplia o conceito de saúde, a ESF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objetivo de trabalho, ou seja, mais próximo das pessoas, famílias e comunidades e atuante na violência doméstica. Assumindo assim, o compromisso e prestando assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido e integral através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada, pois a violência doméstica é um assunto prioritário e que muito precisa ser aprofundado. Portanto, a ESF é imprescindível para a mudança da qualidade de vida da comunidade. No entanto, ainda é uma maneira de intervenção que precisa ser melhor articulada para alcançar resultados mais positivos para enriquecer os horizontes terapêuticos.

DESCRITORES: Saúde Pública; Violência doméstica; Saúde da família.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5ª Ed. Edições 70. Lisboa, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

FERREIRA, A.R.A; SOARES, R.T.S. **A importância das ações educativas realizadas pelo enfermeiro do Programa Saúde da Família (PSF)**. Disponível em: <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I15248.E8.T4328.D4AP.pdf>. Acesso em 26 de julho de 2012. s/a.

VERNASQUE, J.R.S. **Determinantes sociais da saúde: os olhares dos profissionais da atenção básica do município de Marília- SP**. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2010.

VIANA, A.L.A; FAUSTO, M.C.R; LIMA, L.D. Política de saúde e equidade. **São Paulo Perspec**, São Paulo, vol.17, no.1, Jan./Mar. 2003.

VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA POR MULHERES QUE SE PROSTITUEM: ELEMENTOS PARA UM DEBATE A PARTIR DA LITERATURA

Sinara Inácia de Melo Santana¹

Tércio de Sá Ribeiro²

Cláudio Claudino da Silva Filho³

Sued Sheila Sarmento⁴

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira⁵

Nadirlene Pereira Gomes⁶

INTRODUÇÃO

A relação entre poder e violência, por diversas vezes pode fazer com que ambos se mostrem sinônimos, mas, se faz necessário esclarecer as divergências entre as mesmas para validar a compreensão de violência e tolerância entre as relações. Considera-se poder, aquele que foi delegado de comum acordo para representar, liderar algo. Este não precisa do uso da força ou imposição, quando a força se faz presente, tem-se a violência, demonstrando que o poder foi ou esta sendo perdido, e esta aparece na tentativa de retomar, a qualquer custo, aquilo que foi perdido ou impor a implantação de determinada característica ou costume. Os conceitos citados caracterizam com clareza as relações de abusos sofridas, com uma frequência alarmante, pelo (dito) sexo mais “frágil e oprimido” de uma sociedade ainda machista que acoberta e até estimula os direitos do homem sobre a mulher (GUEDES; MOREIRA, 2009).

Quando se discute a problemática da violência contra a mulher dificilmente a profissional do sexo é referida. É como se não fosse uma cidadã, e sim uma mulher de “segunda categoria”- que, evidentemente, não condiz com sua condição de sujeito de direitos como qualquer mulher. Portanto, as profissionais do sexo aparecem em uma escala da sociedade completamente marginalizada e alvo claro da crueldade e intolerância de parceiros e/ou clientes, que por dar a elas um retorno financeiro em troca de seu corpo, vêm tais profissionais como “objetos de prazer”, obrigadas a aceitar e ser condizentes com todas as suas vontades e mais cruéis práticas (MOREIRA, 2009).

¹Graduanda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Bolsista do Programa de Educação Pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE RAS 2012-2013), na Linha “Itinerário terapêutico e trajetórias de cuidados de mulheres em situação de prostituição: tecendo redes para integralidade na prevenção do Câncer de colo uterino e mamário em Juazeiro-BA”. Endereço eletrônico: sinaraimelo@gmail.com.

²Graduando em Medicina pela UNIVASF, Bolsista do Programa de Educação Pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE RAS 2012-2013), na Linha “Itinerário terapêutico e trajetórias de cuidados de mulheres em situação de prostituição: tecendo redes para integralidade na prevenção do Câncer de colo uterino e mamário em Juazeiro-BA”.

³Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisador dos Grupos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (CNPq/EE-UFBA), Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (CNPq/LAPPIS/IMS/UERJ), Laboratório de Estudos e Práticas Transdisciplinares em Saúde e Educação (CNPq/LETRANS/UNIVASF). Professor Substituto da UNIVASF e Coordenador do Núcleo de Prevenção à Violência e Cultura de Paz e do setor de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro-BA.

⁴Mestra em Psicologia (UFES), Professora Assistente da UNIVASF. Tutora/Coordenadora da Linha PET-SAÚDE RAS 2012-2013 “Itinerário terapêutico e trajetórias de cuidados de mulheres em situação de prostituição: tecendo redes para integralidade na prevenção do Câncer de colo uterino e mamário em Juazeiro-BA”.

⁵Doutoranda em Enfermagem (UFBA), Mestra em Psicologia (UFES), Especialista em Administração dos Serviços de Saúde (UNAERP), Professora Assistente da UNIVASF, integrante do Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (CNPq/EE-UFBA).

⁶Pós-Doutoranda em Enfermagem (UFSC), Doutora e Mestra em Enfermagem (UFBA), Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da UFBA, Pesquisadora do Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (CNPq/EE-UFBA).

OBJETIVOS

O estudo tem como objetivo geral identificar as evidências trazidas a partir da literatura técnico-científica sobre as diversas manifestações da violência entre as mulheres que se prostituem, a partir da perspectiva de seus efeitos danosos no âmbito pessoal, familiar, profissional e social.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo tem caráter qualitativo e utilizou-se a técnica de revisão de literatura. Segundo Lima e Costa (2005) a pesquisa qualitativa propicia um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Turato (2005) conceitua a revisão de literatura como o levantamento de trabalhos científicos publicados na abordagem qualitativa, equivalente à revisão sistemática de literatura (usual nas abordagens quantitativas) e discussão de vários trabalhos conduzidos no rigor metodológico, incluindo análise de conteúdo do material examinado e selecionado.

RESULTADOS

Observa-se com clareza nos artigos revisados a vulnerabilidade do sexo feminino a atos de violência, como a agressão física, sexual e moral, que ocorre no ambiente doméstico e que é exercida principalmente pelo parceiro íntimo. Apesar de atos freqüentes de ímpetos ofensivos, muitas mulheres deixam de denunciar seus cônjuges por fatores diversos, dentre eles, podem ser citados: a condição socioeconômica, a baixa escolaridade e o medo de quando se deparar com a sociedade, como uma mulher separada e independente, ser julgada de maneira discriminatória.

Dentre o grupo de mulheres afetadas pela violência, merece destaque a parcela da população feminina que se submete a prostituição. Este grupo, em especial, é vítima de boa parte das manifestações de violência conhecidas, atos advindos principalmente daqueles que as tratam como “objetos de prazer”; dentre tais atos, destacam-se: 1) violentada como mulher (violência de gênero); 2) fisicamente; 3) moralmente; 4) sexualmente; 5) profissionalmente (quando faz sexo, sua atividade profissional, contra a vontade, quando não recebe pelos serviços sexuais que prestou); 6) é mais exposta ao risco de contrair doenças, principalmente Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), a exemplo da AIDS.

A partir dos estudos analisados, fica visível que a violência sexual sofrida pela profissional do sexo, não se resume apenas a agressões focadas nos órgãos genitais, mas também é vista de uma forma mais ampla pelas vítimas. Essa violência tem representação física, moral, financeira e comportamental voltada para quebra do acordo sexual e toda e qualquer ação ocorrida dentro do contexto sexual.

Estas mulheres, quando vítimas de violência, são, nitidamente, alvos majoritários quando em comparação a mulheres que não fazem parte desse círculo. A inferiorização da figura feminina é apenas um dos tipos de agressões moral e psicológica que elas submetem-se para continuar a vida; além de desgastes físicos, sexuais. Maus tratos esses, que só comprovam a vulnerabilidade de tais profissionais e a importância de um respaldo legal que proteja e dê direitos a essas mulheres, a fim de punir legalmente seus agressores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por conseguinte, infere-se o quão imperativo é a construção de políticas públicas e ações conjuntas com a sociedade que visem à proteção e a promoção da saúde e o bem estar de mulheres submetidas à situação de prostituição. Atitudes que visem punir os agressores e causadores de tais constrangimentos e danos morais e psíquicos também se fazem de fundamental importância para romper com atitudes de tamanha covardia.

Palavras-Chave: Prostituição; Gênero; Violência; Assistência integral à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

GUEDES, M.E.F; MOREIRA, A.C.G. Gênero, saúde e adolescência: Uma reflexão a partir do trabalho com a violência doméstica e sexual. **Mudanças- Psicologia da Saúde**, v. 17, n. 2. Pará, 2009.

LIMA, K.A.; COSTA, F.N.A. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: uma relação possível. **Alim. Nutri**, v. 16, n. 01. Araraquara, 2005.

MEDEIROS, I.B.; BARBOSA, R.M. Nem santas nem pecadoras, singularmente, mulher: a prostituição em foco nos estudos culturais, **Revista Expedições: Teoria da História & Historiografia**, n.2. Goiás, 2011.

MOREIRA, V.D. et al. **Mulheres que não só dizem sim**: violência sexual contra prostitutas de Feira de Santana- Bahia. Feira de Santana, 2009.

MORAES, M.L.C et al. Educação em saúde com prostitutas de Fortaleza: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4. Fortaleza, 2008.

SILVA, J.; CARMO, N.L.; SILVA, M.B. Os equipamentos públicos de apoio às mulheres vítimas de violência: experiências no Cariri. **Caderno Espaço Feminino**, v. 22, n. 2. Cariri, 2009.

TURATO, E.G. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n.03. São Paulo, 2005.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA

Patrícia Almeida Lago¹
Mirella Lago Nascimento²

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define o termo Violência como 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. (OMS, 2002 *apud* Dahlberg et al, 2006).

Nos últimos anos a violência, passou a ser considerada um problema de saúde pública, tendo em vista os altos índices registrados.. Estima-se que entre 10 a 50 % das mulheres em todo o mundo sofreram alguma forma de violência física, perpetrada por seus parceiros íntimos em algum momento da sua vida, sendo que 12 milhões de pessoas já sofreram violência sexual.

A Violência contra a mulher é conhecida como uma violência de gênero por se relacionar com a condição de subordinação da mulher na sociedade. (MARINHEIRO et al, 2006). Pode ocorrer de diversas formas, dentre elas podemos citar o estupro, assassinatos, crimes de guerra, prostituição forçada, abuso de meninas, tráfico de mulheres, mutilação genital e outros. Conceitua-se como qualquer ação ou conduta que cause morte ou sofrimento físico, social, psicológico, ou moral à mulher e que ocorra dentro da própria casa, em relações pessoas e/ou de convívio, inclusive nas relações de namoro. (BRASIL, 2003).

A principal forma de violência contra a mulher registrada atualmente é a sexual, neste sentido a equipe de saúde deve estar preparada para atender as necessidades da mulher que venha a procurar o serviço de saúde. Nesse sentido, esse trabalho tem como objetivo: descrever as atribuições da equipe de saúde em relação aos aspectos que envolvem a atenção a mulher vítima de violência sexual.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo bibliográfico baseado na revisão de literatura que segundo Gil (2002), caracteriza-se num estudo a partir de materiais já elaborados, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e materiais disponibilizados na internet. Para realizar a pesquisa foram incluídos 8 artigos publicados em revistas científicas entre os anos de 2003 a 2012, sendo utilizado como fontes de pesquisas as bases de dados virtuais, tais como: Scientific Eletronic Library Online, sites do Ministério da Saúde, com os seguintes descritores: violência, violência contra a mulher, atribuições da equipe de saúde frente a violência contra a mulher, no idioma português.

¹Enfermeira. Faculdade de Tecnologia e Ciências, Jequié, email: patricialaggo@hotmail.com

²Enfermeira. Faculdade de Tecnologia e Ciências, Jequié.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo as literaturas pesquisadas, a atenção a violência contra a mulher é condição que requer abordagem intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar. De acordo com o artigo 9, da Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, a assistência a mulher em situação de violência doméstica e familiar deve ser prestada de forma articulada e conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outros.

O atendimento da rede de saúde muitas vezes é a primeira oportunidade de revelação de uma situação de violência, devendo assim ser valorizada pelo profissional da saúde que deve investigar hipóteses diagnósticas através de perguntas adequadas. No entanto o compromisso de confidência é imprescindível para conquistar a confiança necessária não só à revelação da situação, mais também à continuidade do atendimento.

Segundo Brasil (2012, p. 31), é fundamental que os profissionais respeitem a autonomia, a individualidade e os direitos das pessoas vítimas de violência sexual, devendo resguardar sua identidade e sua integridade moral e psicológica, além de respeitar a vontade da vítima de compartilhar sua história com familiares e/ou outras pessoas.

Para Brasil (2005, p. 13), o sigilo no atendimento é garantido principalmente pela postura ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização dos prontuários, as anotações e a adequação da comunicação entre a equipe. É de suma importância também a capacitação dos serviços de saúde para o acolhimento, identificação e encaminhamento adequado das vítimas as unidades que tenham atendimento gineco-obstétrico, devendo prestar assistência imediata. As unidades devem dispor de equipamentos básicos, no nível ambulatorial. (BRASIL, 2005).

No documento em que ficou estabelecido os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Integral a Saúde da Mulher, ficou estabelecido que durante o atendimento os profissionais devem se nortear pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de crenças e valores pessoais. (BRASIL, 2009). O documento estabelece ainda, com um dos objetivos da Política Nacional “Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual por meio das seguintes ações: organizar redes integradas de atenção às mulheres vitima de violência, articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção as DST/AIDS e promover ações preventivas. (BRASIL, 2009).

As ações necessárias para o atendimento a mulher vitima de violência estabelecidas pelo Ministério da Saúde, são: identificar as situações de violência e acolher as vítimas; garantir privacidade, confiança e respeito no atendimento, prestar os cuidados necessários; preencher a ficha de notificação compulsória, incluir a violência como critério de risco para atendimento prioritário nos serviços de saúde, incluir o tema nas atividades educativas da unidade, solicitar exames e prescrever contracepção de emergência, encaminhar para os programas de saúde mental e apoio social, agendar retorno para dar continuidade ao tratamento . Além disso, a equipe de saúde deve buscar identificar organizações e serviços na comunidade que possam contribuir com a assistência, como por exemplo, as delegacias da Mulher e da Criança, Instituto Médico Legal, Ministério Público, instituições como Casas-abrigo, grupos de mulheres, creches e outros. (BRASIL, 2009).

CONCLUSÃO

A equipe de saúde tem papel fundamental na assistência as mulheres vitimas de violência, seja ela sexual ou qualquer outro tipo. É dever do profissional atender essa mulher

de forma holística, respeitando sua autonomia e individualidade. Além disso, é responsabilidade dos profissionais prestar uma assistência de qualidade a fim de conquistar a confiança da mulher violentada e alcançar os objetivos almejados.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Violência contra a Mulher; Violência sexual.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Combate a Violência Contra a Mulher. Cartilha, Respeitar a Mulher, esta é a Lei.** Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/lei-maria-da-penha/cartilhabr-mulher09.pdf>.

BRASIL. **Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha.** Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.** Secretaria de Atenção Básica. Norma Técnica, 1ª edição. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6_saude_mulher.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.** Secretaria de Atenção Básica. Norma Técnica, 3ª edição. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3e_d.pdf.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. **Violência: Um problema global de Saúde Pública.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol.11. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** Editora Atlas, 4º edição. São Paulo, 2002.

MARINHEIRO, A.L.V.; VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. **Prevalência da Violência contra a mulher usuária dos serviços de saúde.** Revista de Saúde Pública, vol. 40, nº 4. São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102006000500008&script=sci_arttext.

PASSOS, H.R.; **Conhecendo a rede de apoio a mulher vítima de violência do Município de Belo Horizonte.** 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0550.pdf>.

REVISÃO SISTEMÁTICA ACERCA DAS CAUSAS EXTERNAS E VIOLÊNCIAS CONTRA A PESSOA IDOSA

Valeria Alves da Silva Nery¹
Diego Micael Barreto Andrade²
Thainara Araújo Franklin³
Valeria dos Santos Ribeiro⁴
Ícaro Alves Brito⁵
Thalita Felix Nolasco⁶

INTRODUÇÃO

Entende-se por causas externas um conjunto de eventos assim denominados na Classificação Internacional de Doenças. Do ponto de vista da mortalidade estão aí incluídos homicídios, suicídios e acidentes; do ponto de vista da morbidade, abrangem as lesões provocadas pelas agressões, os traumas por acidentes de transporte, as quedas, os envenenamentos e intoxicações, as sufocações e os afogamentos acidentais. Já violência é aqui considerada como um fenômeno humano que se traduz em atos, realizados individual ou institucionalmente, por pessoas, grupos, classes ou nações, por exemplo, visando prejudicar, ferir, mutilar ou matar o outro, física, psicológica, sexual e até espiritualmente. No conceito de violência, a idéia de omissão também está presente como uma forma de indicar maus-tratos ao “outro” individual ou coletivo. Também está incluída a idéia de intencionalidade. No caso dos idosos, além da tipologia citada se dá realce à violência financeira e econômica, pela relevância que ela tem na vitimização desse grupo social, que está referenciada no I e no II Planos de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa. Entende-se que, embora não equivalentes, os dois conceitos citados estão articulados, pois a vitimização da pessoa idosa por violência costuma resultar em mortes, incapacitações e enfermidades associadas, classificadas na rubrica “causas externas”.

MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa bibliográfica que fundamenta o estudo contemplou: artigos; teses e dissertações; monografias. Foi realizada na Biblioteca Virtual sobre Violência e Saúde (BVS/VS) da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), que concentra e focaliza informações nacionais e internacionais sobre o tema registrados no Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Configurando 115 textos, foram analisados: 77 artigos; 14 teses e dissertações; oito monografias de graduação e especialização; uma legislação. O material coletado passou por uma classificação de cunho analítico, com base na qual se buscou evidenciar o estado do conhecimento, as questões mais relevantes para os autores e as lacunas que existem e exigem futuros investimentos.

¹ Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UESB.

² Estudante do curso de Graduação em Enfermagem da UESB.

³ Estudante do curso de Graduação em Enfermagem da UESB.

⁴ Estudante do curso de Graduação em Enfermagem da UESB.

⁵ Estudante do curso de Graduação em Enfermagem da UESB.

⁶ Estudante do curso de Graduação em Enfermagem da UESB.

RESULTADOS

As Quedas, internações, mortes e fatores associado, constituem o tema com maior número de estudos e publicações. De certa forma, esse destaque procede, trata-se de um grave problema tanto para a mortalidade como para a morbidade de pessoas idosas. O local de ocorrência mais comum é a casa e nos horários da manhã e da noite. Dentre as principais causas, ressalta-se a falta de preparação da habitação para possibilitar o deambular seguro do idoso. Mas a queda por escorregamento tem elevada prevalência tanto em casa como nas ruas. Do ponto de vista dos riscos, diversas pesquisas mostram: idade avançada, demência, déficits visuais, osteoporose, perda de equilíbrio, hipertensão arterial, tonturas recorrentes associadas a problemas auditivos, fraqueza, incontinência urinária, diagnóstico de comorbidades, uso de vários medicamentos ao mesmo tempo e o comprometimento anterior da marcha e da mobilidade. Uma boa quantidade dos artigos se dedica a analisar a relação entre o uso de medicamentos e maior tendência a queda, encontrando associação positiva para as drogas bloqueadoras dos canais de cálcio, psicoativos e benzodiazepínicos. Quanto às consequências das quedas, o aspecto mais assinalado é o medo de cair, seguido pela modificação dos hábitos de vida, a tendência à repetição de quedas pelo enfraquecimento muscular provocado pela imobilização, a restrição das atividades costumeiras, a diminuição do equilíbrio dinâmico e da qualidade de vida em geral. Um dos estudos evidencia a depressão e a hipotensão postural como alterações provenientes das quedas. Quanto às abordagens sobre prevenção ainda são relativamente poucos os estudos que tratam da prevenção. Destacam-se uma pesquisa que analisou a rede de proteção formada por idosos, líderes comunitários e representantes de órgãos públicos; outra que ressalta o cuidado odontológico como fundamental para a proteção integral à saúde; propostas específicas de prevenção associadas a diagnósticos de negligências, de prevenção de acidentes, de assistência domiciliar, de orientação para os cuidadores e de promoção da vida. A violência sob o olhar de quem a vivencia Apenas sete textos que tiveram os idosos como interlocutores foram encontrados nessa revisão. Porém, é importante assinalar que os idosos começam a ser ouvidos nas pesquisas e precisam ser ainda muito mais escutados. Em geral, a maioria dos idosos relata as violências de que eles são vítimas na vida social, institucional e intrafamiliar. As estratégias de enfrentamento dependem de seu poder dentro das famílias ou em outros locais. Uma boa parte deles diz que se cala e recorre a Deus. Profissionais de saúde ante as violências contra a pessoa idosa as investigações sobre os cuidadores e profissionais de saúde são ainda incipientes. Em geral, os profissionais assinalam que existem dentro das unidades de saúde, sociais e familiares, maior consciência e informação em relação à violência contra esse grupo a partir da promulgação do Estatuto.

CONCLUSÕES

É relevante o aumento da produção científica relacionada à violência contra a pessoa idosa. Houve uma ampliação dos temas e maior aprofundamento de alguns, como é o caso dos estudos sobre queda. Maior quantidade de áreas também está envolvida na busca de conhecimento e de formas de se conseguir evidências para ação e intervenção. Todos os temas relacionados a violência ao idoso precisam constituir uma pauta de investigações para serem aprofundados em sua especificidade e dentro de uma visão de Saúde Coletiva. Continua a ser muito importante que se invista no acúmulo de conhecimento de que qualquer área necessita para avançar cientificamente. Só o aumento da massa crítica permitirá que se estabeleçam as evidências mais importantes sobre os problemas e as soluções referentes à violência contra a pessoa idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do idoso, Políticas de prevenção, Redes de proteção à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

ALVES, AM. **A construção social da violência contra os idosos.** Textos Envelhecimento 2001; 6 (3):1-8. Souza JAG, Iglesias ACRG. Trauma no idoso. Ver Assoc Med Bras 2002; 48(1):79-86.

MACHADO, LM. **Perspectiva internacional de combate e prevenção da violência contra idosos.** Mundo Saúde 2002; 26(4):464-466.

PEREIRA, MMV. **A construção social da violência contra o idoso [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008.**

SOUZA, AC. **A violência contra os idosos.** In: NJAINE, K; ASSIS, SG; CONSTANTINO, P; organizadores. **Impactos da violência na saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Educação a Distância (EAD) da Escola Nacional de Saúde Pública; 2009. p. 183-195.

SOUZA, ER; MINAYO, MCS. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. Queiroz ZPV. Ações preventivas à violência contra idosos. *Acta Paul Enferm* 2000; 13(Supl.1):176-180.

ABORTO CLANDESTINO NO BRASIL: VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

Karla Ferraz dos Anjos¹

Vanessa Cruz Santos²

INTRODUÇÃO

O aborto é uma questão de saúde pública e, para enfrentar essa problemática, faz-se necessário agir com responsabilidade, logo, deve ser entendido como uma questão de cuidados em saúde e direitos humanos, e não como um ato de infração moral de mulheres levianas como é visto por determinados seguimentos da sociedade brasileira (BRASIL, 2008).

No Brasil, a gravidez indesejada se eleva e isto, muitas vezes, se deve por conta do déficit assistencial de ações e programas de saúde de prevenção, que estão interligados a saúde reprodutiva da mulher, proporcionando, assim, mulheres recorrerem a práticas clandestinas.

A realização do aborto clandestino e inseguro, normalmente, ocorre em países em que as leis do aborto são muito restritivas e onde é considerado ilegal. Dessa maneira, diversas mulheres, diante de uma gravidez não planejada e indesejada, recorrem a meios inseguros para abortarem, o que por sua vez coloca em risco a própria vida (DOMINGOS, 2010).

Para tanto, a realização deste estudo se faz justificável, vez que este tipo de aborto é um problema complexo de saúde que está articulado, dentre outros determinantes, com a ilegalidade do aborto seguro no Brasil, que reflete principalmente nas mulheres menos favorecidas, as quais não têm sua autonomia pessoal respeitada.

OBJETIVO

Discorrer acerca do aborto clandestino no Brasil como uma violação dos direitos humanos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi adotado o delineamento de um estudo bibliográfico, desenvolvido com base em contribuições de diversos autores que trabalham com a temática.

A princípio, a partir da base de dados *Scielo*, realizou-se busca de produções científicas acerca da saúde da mulher, direitos humanos e reprodutivos, aborto clandestino, consequências adquiridas a partir da prática deste tipo de aborto e legalização do aborto no Brasil. Além disso, fez-se necessário a leitura de manuais e textos do Ministério da Saúde para levantamento bibliográfico, análise e seleção dos trabalhos que foram utilizados na construção deste manuscrito.

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde; e pós-graduanda em Educação e Diversidade Étnico-cultural pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Programa Saúde da Família. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb). Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde e Qualidade de Vida. Jequié, BA, Brasil. E-mail: autoraautoria@hotmail.com

²Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Programa Saúde da Família. Pós-graduanda em Educação e Diversidade Étnico-cultural; e professora do Projeto Universidade Para Todos da Universidade

Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Vitória da Conquista, Bahia. Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde e Qualidade de Vida. Jequié, BA, Brasil.

Durante a busca, para seleção dos textos que contextualizou este estudo, considerou-se os títulos, objetivos e resumos dos textos, para em seguida, realizar a leitura na íntegra dos que tinham relação com o objetivo da investigação.

RESULTADOS

Em países como o Brasil, onde o aborto não é legalizado para todas as situações que a envolve, existe uma perversidade para com as mulheres, principalmente para com as de classe social menos favorecida. Partindo deste entendimento, o caráter de ilegalidade do abortamento favorece a sua realização de forma clandestina, e isso é sentido na ausência de serviços e má qualidade da assistência; por esse motivo, quantidade elevada de abortos induzidos no país e, principalmente, na capital da Bahia, vem ocorrendo de maneira significativa (GESTEIRA; DINIZ, OLIVEIRA, 2008).

No Brasil, 10% dos abortos são provocados pelas mais diferentes formas, já que, para várias mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo o déficit de informações acerca da anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado, e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

O modo como o aborto é repercutido socialmente na vida pessoal, familiar e no mundo do trabalho precisam ser analisado e respeitado, vez que o abortamento atinge, principalmente, mulheres jovens, em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as muitas vezes à morte ou implicando sequelas à sua saúde física, mental e reprodutiva. Podendo-se citar dentre as complicações físicas imediatas as hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade, que se somam aos transtornos subjetivos, ao se vivenciar o ônus de uma escolha inegavelmente difícil num contexto de culpabilização e penalização do abortamento (BRASIL, 2010).

Quando se trata de direitos reprodutivos da mulher, é visível a existência de hierarquias no contexto, como a maior valorização do feto em relação a mulher. Podendo refletir ou imaginar o que leva a muitos indivíduos a entenderem que uma vida em estágio inicial é “mais vida”, ou seja, superior à da mulher que se descobre, de repente, com uma vida em formação dentro de seu corpo, totalmente dependente de seu corpo e de sua vida? Por que em alguns países a consideram como cidadã plena de direitos e em outros não? Por que se defende que uma mulher tenha que levar a gestação até o fim e ter toda a preocupação que é criar um filho se ela não pode, não quer, não tem condições para criar? (KLASING, 2012).

A criminalização do aborto, viola os direitos das mulheres a auto-determinação reprodutiva sobre uma circunstância que ocasionará impactos definitivos sobre sua vida, violando seus direitos humanos. Algumas mulheres punidas por abortarem, enfrentam constrangimentos e exposição pública por parte do judiciário e da mídia que violam seus direitos e contribui para o estigma social (SYDOW; GALLI; RIPPER, 2011).

A ampliação do acesso de mulheres e homens à informações e métodos contraceptivos é imprescindível para que se possa garantir o exercício dos direitos reprodutivo. Entretanto, é indispensável manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde, além disso, contar com profissionais capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva em cada momento da vida (BRASIL, 2002).

CONCLUSÕES

Refletindo acerca dos índices elevados do aborto clandestino no Brasil, espera-se que essa realidade seja modificada, pois por conta da assistência a saúde sexual e reprodutiva que é oferecida de forma deficiente no país, como no planejamento familiar, várias mulheres acabam engravidando de maneira indesejada. E, como não são todas que desejam ou têm condições de prosseguir com a gravidez, por diversos motivos, decide abortar clandestinamente, vez que o aborto seguro é ilegal no país, uma violação dos direitos humanos, problema que ocasiona sérias consequências biopsicossociais a mulheres que abortam nestas condições.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto. Direitos sexuais e reprodutivos. Violações dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento:** Norma Técnica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª ed. Brasília. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 09 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar:** Manual Técnico. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. 4ª ed. 2002. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 16 abr 2012.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery**. v. 14; n. 1. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100026&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 abr 2012.

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; DINIZ, Normélia Maria Freire; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.** v.21; n.3. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000300011&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 març 2012.

KLASING, Amanda. Decisão do Supremo Tribunal Federal sobre aborto é um passo positivo avalia *Human Rights Watch* (HRW). **Católicas pelo Direito de Decidir**. 2012. Disponível em: <<http://catolicasonline.org.br/noticias/conteudo.asp?cod=3412>>. Acesso em: 22 agost 2012.

SYDOW, Evanize; GALLI, Beatriz; RIPPER, João Roberto et al. **A história de oito mulheres criminalizadas por aborto**. 2011. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/arquivos/Projeto02.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2012.

A PRÁTICA DO ABORTO E A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL CONTRA MULHERES EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Vanessa Cruz Santos¹
Karla Ferraz dos Anjos²

INTRODUÇÃO

Na atualidade, o aborto induzido constitui um problema de saúde pública, sendo uma das temáticas de maior destaque nas discussões relacionadas à saúde da mulher e, especificamente, a mortalidade materna. É assunto polêmico que articula diversas posições e conflitos legais, pessoais, culturais, sociais, entre tantos outros (DOMINGOS, 2010).

Apesar dos serviços de saúde ter que garantir assistência as mulheres que induzem o aborto, ver-se que devido a condutas pessoais, de cunho moral, vários profissionais da área da saúde não atuam conforme os princípios bioéticos, assim, consideram-se uma violência a essas mulheres que devem ter seus direitos assegurados.

A prática do aborto induzido é uma das principais causas de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. Este comportamento realizado por vários profissionais de saúde é visto a partir do retardo do atendimento, déficit de interesse de equipes de saúde em escutar e orientar as mulheres, ou mesmo na discriminação explícita verbalmente e/ou com atitudes condenatórias e preconceituosas, isto devido à representação simbólica da maternidade, como essência da condição que é imposta ao ser mulher (BRASIL, 2007).

Destarte, é justificável construir este estudo que tem o intuito de contextualizar alguns achados da literatura que apresentem a problemática supracitada, proporcionando assim, uma reflexão sobre as condições como várias mulheres que abortaram são assistidas nos serviços de saúde.

OBJETIVO

Abordar acerca da prática do aborto e a violência institucional contra mulheres em serviços de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de caráter bibliográfico, pois foi elaborado a partir de material já tornado público em relação a temática. Inicialmente realizou-se pré-leitura de artigos, livros e periódicos para o levantamento bibliográfico, utilizando as bases de dados do Lilacs e Latindex, posteriormente, as informações foram selecionadas e compiladas de acordo a relação com o objetivo da temática, que foram norteadas a partir dos descritores.

¹Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Programa Saúde da Família. Pós-graduanda em Educação e Diversidade Étnico-cultural; e professora do Projeto Universidade Para Todos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Vitória da Conquista, Bahia. Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde e Qualidade de Vida. Jequié, BA, Brasil.

²Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde; e pós-graduanda em Educação e Diversidade Étnico-cultural pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Programa Saúde da Família. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb). Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde e Qualidade de Vida. Jequié, BA, Brasil. E-mail: autoraautoria@hotmail.com

A priori, realizou-se busca de produções científicas que abordasse acerca da saúde da mulher, aborto induzido, violência contra a mulher, saúde pública, assistência à saúde, serviços de saúde, violência institucional, direitos humanos e reprodutivos e consequências do aborto clandestino. Além disso, fez-se necessária leitura de manuais e textos do Ministério da Saúde para levantamento bibliográfico, em seguida, realizou-se análise e seleção dos textos para compor o manuscrito.

RESULTADOS

A prevenção da gravidez indesejada, abortamento e suas complicações devem ser prioridade. Deve ser garantido às mulheres o acesso à informação e orientação de maneira humanizada e solidária, além disso, a atenção deve ser de qualidade até mesmo em complicações derivadas de abortos e ao planejamento reprodutivo pós-aborto para, inclusive, evitar que outros se repitam (BRASIL, 2010).

O aborto é um problema de saúde pública, isto porque, vários são os impactos provenientes, principalmente, de abortamento clandestino que resulta muitas vezes na morte de mulheres em idade reprodutiva e aumento da demanda no número de internações hospitalares. Este problema precisa ser tratado também tecnicamente para melhor embasamento dos profissionais de saúde que atuam nessa área, pois geralmente quando se debate a questão do aborto no Brasil, o que sobrepõe é a perspectiva da vitalidade do embrião e pouco é visto a preocupação dos profissionais de saúde para com a gestante (MIGUEL; BIROLI, 2011).

Conforme estudo de Machado (2012) sobre gravidez interrompida, dentre alguns depoimentos discorridos em seu estudo, pode-se citar o de Laís (nome fictício), empregada doméstica, revelou que abortar “Foi uma infelicidade da vida”, a intervenção resultou em uma infecção, seguida de uma internação com longa espera no atendimento e o descaso de profissionais da saúde, quando soube que o problema decorria de um abortamento.

Há grande destaque para que a equipe de saúde reflita sobre a importância e influência de suas percepções em sua prática profissional, ao lidar com o atendimento às mulheres em abortamento, para que dessa maneira possa ter uma atitude desvinculada de julgamentos arbitrários e rotulações. Essa prática não é fácil, uma vez que é possível constatar por meio da literatura que os profissionais, de modo geral, nem sempre estão capacitados o suficiente para lidar com os sentimentos, a questão social, enfim, com elementos que vão além da prática biomédica (BRASIL, 2010a).

Por meio da assistência à saúde de qualidade é possível prevenir, por exemplo, a morbimortalidade materna relacionada ao aborto induzido, para isso é preciso que os serviços de saúde estejam estruturados nos diversos níveis de assistência para garantir atendimento às mulheres de qualidade (DOMINGOS, 2010).

CONCLUSÕES

Apesar de o Brasil ser um país laico, quando se trata do aborto induzido, a moralidade sobressai aos aspectos bioéticos. Por isso, várias mulheres ao chegarem ao serviço de saúde em abortamento ou pós aborto induzido se deparam com alguns profissionais de saúde que as discriminam e cometem violência institucional contra as mesmas.

Espera-se que haja modificação desta realidade, afinal, a oferta de atendimento as mulheres que induzem o aborto devem ser humanizadas assim como quaisquer outras. O

profissional de saúde não deve usar de seu julgamento de valor quando estiver atuando, vez que a ética profissional não lhe permite este tipo de comportamento.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto induzido. Violência contra a mulher. Assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento:** norma técnica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª ed. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 09 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 28 març 2012.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery.** v. 14; n. 1. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100026&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 abr 2012.

MACHADO, Candice. Gravidez Interrompida. **Católicas pelo direito de decidir.** 2012. Disponível em: <<http://www.catolicas.org.br/noticias/conteudo.asp?cod=3537>>. Acesso em 28 jul 2012.

MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. Apresentação. **Rev Bras Ciênc Política.** n. 7. p. 145-164. 2012. Disponível em: <<http://seer.bce.unb.br/index.php/rbcp/article/view/6607/5332>>. Acesso em: 09 abr 2012.

VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA NO TRANSPORTE PÚBLICO URBANO

Vanessa Cruz Santos¹
Karla Ferraz dos Anjos²
Jules Ramon Brito Teixeira³
Obertal da Silva Almeida⁴
Saulo Sacramento Meira⁵
Doane Martins da Silva⁶

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional trouxe consigo temáticas emergentes como os maus-tratos contra a pessoa idosa que, em decorrência de seu caráter biopsicossocial, necessita de investigações mais profundas e soluções urgentes. Os transportes públicos são locais em que mais ocorrem maus-tratos e violência contra idosos, um desrespeito contra os direitos humanos que acontece na vida em comunidade (SOUSA; WHITE; SOARES et al, 2010).

A pesar de a pessoa idosa ter garantido o acesso livre e a liberdade de estar inserido no contexto social, a problemática que se refere ao tratamento dessas no meio de transporte público urbano é reflexo de como, realmente, vários idosos são tratado por parte de uma sociedade estigmatizada e preconceituosa.

Inúmeros idosos quando se referem do tratamento oferecido pelo transporte público urbano, indagam que o privilégio da “gratuidade do passe”, a que têm direito por lei, se transforma em humilhação e discriminação, como longas esperas nos pontos de ônibus, isto é, quando os motoristas param para eles embarcar, aos arranques desferidos por motoristas que não esperam se acomodar, além de outras formas de violência que os idosos sofrem, desencadeando agravos a sua saúde (BORN, 2008).

Diante a contextualização, é justificável a elaboração deste estudo, haja vista que trata-se de uma temática que deve ser suscitada constantemente, para que possa se criar soluções emergenciais, além do que, inúmeros são os impactos biopsicossociais que a pessoa idosa pode sofrer ao ser vítima de maus tratos no transporte público, uma violação dos direitos humanos.

¹Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Programa Saúde da Família (PSF). Pós-graduanda em Educação e Diversidade Étnico-cultural; e professora do Projeto Universidade Para Todos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Vitória da Conquista, Bahia. Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde e Qualidade de Vida. Jequié, BA, Brasil. E-mail: autoraautor@hotmai.com.

²Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde; e pós-graduanda em Educação e Diversidade Étnico-cultural pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Programa Saúde da Família (PSF). Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb). Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde e Qualidade de Vida. Jequié, BA, Brasil.

³Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem e Saúde com área de concentração em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

⁴Biólogo. Mestre na área de Fitotecnia, Docente do Departamento de Estudos Básicos e Instrumentais da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Campus de Itapetinga-BA

⁵Fisioterapeuta. Mestrando em Enfermagem e Saúde com área de concentração em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

⁶Enfermeira. Mestranda em Enfermagem e Saúde com área de concentração em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

OBJETIVO

Discorrer acerca da violência e maus-tratos contra a pessoa idosa no transporte público urbano.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter bibliográfico, por ter sido desenvolvido com base em material já elaborado e tornado público em relação a temática. A base de dado utilizada na pesquisa para pré-leitura dos trabalhos e levantamento bibliográfico foi a *Scielo*, além de ser necessário utilizar sites online como o do Ministério da Saúde.

Na busca, realizou-se a pesquisa sobre a produção do conhecimento referente às questões de violência, pessoa idosa, violência e maus tratos e transporte público, para realização de pré-leitura de periódicos dos possíveis textos a serem utilizados na contextualização desta pesquisa. Durante a busca, para seleção dos trabalhos, considerou-se os títulos, objetivos e resumos dos textos, em seguida, realizou leitura dos que tinham relação com o objetivo da investigação.

RESULTADOS

A gratuidade no transporte público urbano é assegurada aos indivíduos maiores de 65 anos, pela Constituição Federal. Contudo, o Estatuto do Idoso deixa a critério da legislação local dispor sobre as condições da gratuidade para pessoas que tenha faixa etária entre 60 e 65 anos (BRASIL, 2003). Devido está assegurado pela gratuidade do transporte, muitos idosos são vítimas de maus tratos e violência.

Inúmeras são as atitudes de desrespeito que motoristas do transporte público urbano têm, por não gostar de transportar pessoas idosas. Devido a gratuidade da passagem, ao chegarem no ponto, eles chegam a acelerar o veículo quando o idoso vai entrar no transporte (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Conforme Silva (2007) as queixas de idosos em relação ao tratamento que é oferecido pelos serviços de transporte público urbano, na maioria das vezes, se deve ao déficit de humanização de motoristas, cobradores e passageiros, que demonstra desrespeito e preconceito com a população idosa.

A violência contra o idoso, como a que acontece no transporte público urbano, é complexa por conta dos aspectos que influenciam seu surgimento, como os culturais, sociais e históricos. No Brasil, o entendimento da questão apresenta como complicador os entraves existentes na divulgação dos índices dessa violência, contribuindo com a perpetuação do problema. Logo, os órgãos governamentais devem facilitar a divulgação desses dados possibilitando, assim, maior acesso e entendimento acerca da temática (SOUSA; WHITE; SOARES et al, 2010).

CONCLUSÕES

Este estudo evidenciou que vários idosos sofrem violação dos direitos humanos, haja vista que a humilhação e discriminação por ser idoso e não necessitar pagar a passagem é constante no transporte público urbano. Essa violência e maus-tratos contra as pessoas idosas

são provindos principalmente de motoristas e cobradores das empresas, além de passageiros que nem sempre respeitam os direitos dos idosos.

Espera-se que essa realidade possa ser modificada, o sistema social precisa compreender que o idoso faz parte desse meio, merecendo, assim, ter sua dignidade respeitada e a liberdade de ir e vir sem maiores impactos negativos que interfiram no seu bem-estar físico, mental e social. Além do que, os órgãos governamentais devem facilitar a divulgação de dados epidemiológicos, referentes aos índices de violência e mau trato contra a pessoa idosa no transporte público urbano, para que se conheça de forma mais abrangente a problemática e possa ser elaborada e implementada ações capazes de ao menos reduzi-la

PALAVRAS-CHAVE: Maus-Tratos ao Idoso. Violação dos direitos humanos. Preconceito.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Casa Civil: subchefia para assuntos Jurídicos. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 20 fev 2012.

BORN, Tomiko (org.). **Cuidar Melhor e Evitar a Violência:** Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2008. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/manual_cuidador.pdf>. Acesso em: 19 març 2012.

SILVA, Sirvaldo Saturnino. **Estatuto do Idoso:** um crítico e novo olhar sobre o idoso e os desafios a serem enfrentados. 2007. Dissertação (Mestre em Direito), Programa de Mestrado do Centro Universitário Eurípides de Marília. Disponível em: <http://www.fundanet.br/servico/aplicativos/mestrado_dir/dissertacoes/Estatuto_do_Idoso_-_um_cr%C3%ADtico_e_novo_olhar_sobre_o_idoso_1062_pt.pdf>. Acesso em: 27 fev 2012.

SOUSA, Danúbia Jussana de; WHITE, Harriet Jane; SOARES, Leticia Maria et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.13 n.2. 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev 2012.

SOUZA, Jacy Aurélia Vieira de; FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida de. Violência contra os idosos: análise documental. **Rev. bras. enferm.** v.60.n.3 Brasília. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300004>>. Acesso em: 20 fev 2012.

COMPARAÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO NOS CINCO MUNICÍPIOS MAIS POPULOSOS DA BAHIA

Érica Assunção Carmo¹
Gisele dos Reis Lima Batista²
Patrícia Honório Silva Santos²
Polianna Alves Andrade Rios³
Vanessa Brito²

INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito constituem-se em um dos maiores problemas relacionado às condições de saúde da população. A cada ano, milhões de pessoas em todo o mundo morrem envolvidas em acidentes de trânsito, constituindo um dos mais relevantes problemas de saúde coletiva. Assim, as lesões por acidentes de trânsito (AT's) representam 2,1% do total de óbitos e 23% do total de óbitos por causas externas em todo o mundo (OLIVEIRA; MOTA; COSTA, 2008).

No Brasil a situação é semelhante, à descrita acima, devido às modificações nas condições socioeconômicas a partir da década de 60, período de intensificação do processo industrial que levou à rápida e desplanejada urbanização e crescimento da produção automobilística, aumentando o trânsito brasileiro e as mortalidades por causas externas (BRASIL, 2005).

Esse estudo justifica-se pelo interesse de conhecer como se distribui a mortalidade por acidente de trânsito nos municípios mais populosos da Bahia: Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Camaçari e Itabuna, sendo relevante para o levantamento de subsídios que possam vir a contribuir para melhorias no setor de transporte, adoção de medidas que possam reduzir o número desses acidentes e conseqüentemente as taxas de mortalidade provocadas por eles nesses municípios.

OBJETIVO

Assim o objetivo deste estudo é comparar a mortalidade por acidentes de trânsito entre os cinco municípios mais populosos da Bahia no ano de 2010.

¹Discente do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB. kynkynha20@hotmail.com

²Discente do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB.

³Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um desenho epidemiológico do tipo estudo ecológico espacial que utilizou e comparou dados secundários do DATASUS sobre os óbitos por AT's nos cinco municípios mais populosos da Bahia: Salvador (2.675.656 habitantes), Feira de Santana (556.642 habitantes), Vitória da Conquista (306.866 habitantes), Camaçari (242.970 habitantes) e Itabuna (204.667 habitantes), no ano de 2010, extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que consiste em um sistema que fornece informações cruciais como condições dos óbitos, causas, associações entre outras, a partir da declaração de óbitos. Para caracterizar os óbitos, os mesmos foram distribuídos por faixa etária, sexo e tipo de vítimas.

A partir do número de habitantes e da quantidade de óbitos por AT's ocorridos em cada cidade foram calculados o coeficiente de mortalidade por AT's, mortalidade proporcional de AT's, mortalidade proporcional de AT's em relação aos óbitos por causas externas e a média mensal de AT's de cada município.

RESULTADOS

Segundo dados preliminares do DATASUS, 2010, o número de óbitos por acidentes de trânsito em Salvador foi de 157, sendo que 78,3% (n=123) foram no sexo masculino e 21,6% (n=34) no sexo feminino. Na cidade de Feira de Santana e Vitória da Conquista a situação foi semelhante, de modo que os óbitos na primeira cidade corresponderam a 89, sendo 85,3% (n=76) em homens e 14,6% (n=13) em mulheres e na segunda, 92 mortes, 73,9% (n=68) representando pelos homens e 26,1% (n=24) pelas mulheres. Já no município de Camaçari foram notificados 27 óbitos, 85,1% (n=23) no sexo masculino e 14,8% (n=4) no sexo feminino e em Itabuna 49 mortes, destas 73,4% (n=36) de homens e 26,5% (13) de mulheres.

Com relação à faixa etária observou-se que os óbitos por AT's de indivíduos de 30-59 anos foram os mais notificados nos municípios estudados 51,59%, exceto Camaçari, onde os mesmos situaram-se na faixa etária de 10-29; a mesma é a única cidade que não apresentou óbitos de 0-9 anos sendo que em Vitória da conquista ocorreu o maior número de óbitos nessa faixa etária. As mortes em Salvador foram predominantes em todas as faixas etárias menos na categoria de 0-9 anos.

Quanto ao tipo de vítimas notou-se que Salvador foi predominante em várias categorias, sendo que os pedestres foram os mais acometidos tanto na própria cidade, quanto comparado às outras. A maior mortalidade se concentrou nessa categoria, com 122 mortes, somada as cinco cidades, seguido dos ocupantes de automóvel com 118 prevalecendo na cidade de Feira de Santana. Houve tipos de vítimas em que só foram notificadas em apenas uma cidade que foram: ciclistas, 1 caso em Salvador; ocupante de triciclo, 10 casos em Salvador e ocupante de caminhonete, 3 casos em Vitória da Conquista. Outros óbitos por acidentes de transporte terrestre sobressaíram em Vitória da conquista, com 46 óbitos. Além disso, foi evidenciado que é em Itabuna que se encontra a maioria dos óbitos de ocupantes de ônibus com 5 óbitos

Notou-se que entre os municípios o que apresentou maior taxa de mortalidade por acidentes de trânsito foi Vitória da Conquista (29,98/100.000 hab.) opondo-se a Salvador que teve o menor coeficiente de mortalidade por AT's (5,85/100.000 hab.). Ficou evidente também que Itabuna apesar de ter a menor população entre as cinco cidades, teve taxa de mortalidade por acidente de trânsito semelhante a Vitória da Conquista (23,94/100.000 hab.).

Quanto à contribuição da mortalidade por acidentes de trânsito em relação ao total de óbitos, Salvador foi o que apresentou a menor proporção (0,8%) e Itabuna a maior (17,58%). Além disso, a interferência das mortes por AT's no total de óbitos por causas externas permaneceu menor em Salvador (5,67%) e foi maior em Vitória da Conquista (22,11%).

Em Salvador ocorrem em média 13 óbitos por acidentes de trânsito por mês, sendo por isso o município com maior número de mortes por At's mensal comparado aos cinco municípios. Em contraste Camaçari apresentou a menor média mensal com aproximadamente 2 óbito, sob a mesma comparação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das deficiências de registros de dados, foi notório apontar alguns dos fatores de risco e a susceptibilidade nos homens, na faixa etária compreendida entre 30-59 anos e nos pedestres em relação aos At's. Esses dados podem colaborar e auxiliar o direcionamento de medidas de prevenção, proteção e sensibilização da sociedade, como: ações educativas, sinalização adequada em pontos estratégicos, capacitação dos agentes de trânsito e campanhas de sensibilização. Logo, é preciso adoção dessas medidas para minimizar e evitar estes acidentes, principalmente nos grupos mais acometidos.

Palavras-Chave: mortalidade, acidentes, trânsito,

ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS ENTRE OS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Elisama Nascimento Rocha¹
Alba Benemerita Alves Vilela²

INTRODUÇÃO

A violência intrafamiliar contra o idoso é definida como um ato de acometimento ou omissão, que pode ser tanto intencional como involuntário. O abuso pode ser de natureza física ou psicológica ou pode envolver maus tratos de ordem financeira ou material. Qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução na qualidade de vida do idoso.

A violência contra os idosos representa, hoje, um grande desafio para a sociedade em geral, e particularmente para o setor saúde. Provoca, além de óbitos, traumas físicos e emocionais, o que cria uma demanda cada vez maior por serviços e programas de saúde.

Nesse contexto, a Unidade de Saúde da Família (USF), porta de entrada do sistema local de saúde e composta por uma equipe multiprofissional, têm a responsabilidade de assumir o acompanhamento permanente e sistemático de um número determinado de famílias que residem em um território delimitado, permitindo assim, o conhecimento das condições de vida dessa população.

Diante disso, os profissionais que compõem a equipe de saúde da família encontram-se em uma posição estratégica para detectar riscos e as possíveis vítimas de violência intrafamiliar. Logo, percebe-se que as crenças, informações e comunicações dos profissionais de saúde que lidam com estas situações estão embutidos de representações que repercutem na prática profissional.

OBJETIVO

Neste estudo, definiu-se como objetivo analisar a estrutura representacional da violência intrafamiliar contra idosos entre os profissionais das unidades de saúde da família.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido com o suporte da Teoria das Representações Sociais, a partir uma proposta teórica complementar, a abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central (ABRIC, 2000).

O estudo foi realizado em 16 USF do município de Jequié-BA. Os sujeitos foram constituídos por 81 profissionais de saúde que atuam nas USF, compreendidos entre enfermeiro, médico, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário; auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. elisamapq@hotmail.com

² Enfermeira. Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Optou-se por utilizar, como técnica de coleta de dados, a evocação ou associação livre de palavras, que é considerada a técnica para coleta dos elementos constitutivos (centrais e periféricos) do conteúdo das representações. A aplicação da técnica consistiu em solicitar aos sujeitos que evocassem cinco palavras ou expressões que viessem imediatamente à cabeça quando ouviam o termo indutor violência intrafamiliar contra idosos, sendo as mesmas imediatamente registradas pelo pesquisador em impresso próprio e classificadas pelos sujeitos da mais para a menos importante.

O período de coleta de dados ocorreu de Maio a Julho de 2012. O produto das evocações foi organizado previamente, constituindo um corpus para análise. O material foi, então, tratado pelo software EVOC 2003, que possibilitou a construção do quadro de quatro casas.

O estudo obedeceu a todos os pré-requisitos éticos preconizados pela Resolução nº 196/96. Obteve-se: aprovação do CEP/UESB, sob protocolo nº 13355/2012; autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié para a execução da coleta de dados; e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte de cada sujeito participante.

RESULTADOS

A análise do corpus formado pelas evocações de 81 informantes revelou que, em resposta ao termo indutor violência intrafamiliar contra idosos foram evocadas 394 palavras, sendo 115 diferentes. O rang, ou seja, a média das ordens médias de evocação foi de 2,95, enquanto a frequência média ficou em 11 e a mínima, 5.

O cruzamento da frequência média das palavras evocadas com a média das suas ordens médias de evocação nos permitiu distribuir as evocações no quadro de quatro casas, que permite observar a estrutura da representação social.

No possível núcleo central da representação dos profissionais das unidades de saúde da família sobre a violência intrafamiliar contra idosos, encontram-se as seguintes palavras: desamor, desrespeito e maus-tratos.

Os possíveis elementos constituintes do núcleo central indicam as seguintes dimensões: afetiva (desamor), atitudinal (desrespeito) e comportamental (maus-tatos). Essas dimensões se desdobram nos demais quadrantes, apresentando uma organização semântica dos distintos elementos que constituem a representação social da violência intrafamiliar contra idosos para os profissionais das unidades de saúde da família.

Os elementos que se encontram no quadrante superior direito são denominados primeira periferia. Neste quadrante encontram-se termos como agressão, desarmonia e desumano.

Os elementos presentes na segunda periferia sugerem a presença de uma dimensão imagética, atitudinal e comportamental da violência intrafamiliar contra idosos que refletem uma aproximação com o cotidiano e um contato com essas situações nas práticas desenvolvidas pelos profissionais que lidam com este fenômeno. Assim, pode-se dizer que presença das palavras descaso, droga, financeiro e solidão na periferia da representação demonstra uma integração com as experiências cotidianas vividas pelos profissionais.

Torna-se importante ressaltar que a presença do léxico droga, discrimina a constituição de representações da violência intrafamiliar contra idosos, dentre outras coisas, por problemas que afetam a sociedade de uma forma geral.

Entre os elementos de contraste (quadrante inferior esquerdo) foram evocadas as seguintes palavras: cuidado, falta de atenção, falta de Deus e violência. Nesse contexto,

CONCLUSÕES

A representação social do grupo estudado sobre a violência intrafamiliar contra idosos é sustentada por meio das dimensões afetiva, atitudinal, imagética e comportamental, refletindo problemas marcantes na sociedade, como a droga como causa da violência, o abuso financeiro e os maus-tratos contra os idosos.

Os elementos periféricos ficaram distantes do núcleo central, reforçando a ideia da sua maior mutabilidade e instabilidade na representação, ressaltando uma aproximação com o cotidiano nas práticas desenvolvidas pelos profissionais quando lidam com o fenômeno da violência intrafamiliar contra os idosos.

É importante ressaltar que, em uma representação caracteristicamente negativa, a presença do elemento positivo “cuidado” pode estar determinado pelo relacionamento interpessoal entre o profissional e o idoso, provável vítima da violência intrafamiliar. Representando o cuidado em saúde implementado pelos profissionais em seus cotidianos assistenciais e do reconhecimento das necessidades dos idosos em sua humanidade.

Esses resultados conduzem à necessidade de despertar a reflexão dos profissionais e gestores sobre essas representações, para que, em grupo, desenvolvam estratégias de enfrentamento do fenômeno da violência intrafamiliar contra idosos.

DESCRITORES: violência doméstica; idoso; trabalhadores em saúde; saúde da família.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia (GO): AB Editora; 2000.
- GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de. A estrutura representacional de enfermeiros acerca da enfermagem: novos momentos e antigos desafios. **R Enferm UERJ**. Rio de Janeiro: 2007 abr/jun; 15(2):168-75.
- GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de. O núcleo central das representações de enfermeiros acerca da enfermagem: o papel próprio da profissão. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro: 2010 jul/set; 18(3):352-8.
- OLIVEIRA, Denize Cristina de; SILVA, Lenise Lobo da. O que pensam os usuários sobre a saúde: representação social do sistema único de saúde. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro: 2010 jan/mar; 18(1):14-18.
- OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. Atitudes, sentimentos e imagens na representação social da sexualidade entre adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009 out-dez; 13 (4): 817-23.
- OLIVEIRA, Ana Paula; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. A estrutura representacional do câncer para os seus portadores: desvelando seus sentidos e dimensões. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro: out/dez; 16(4):525-31), 2008.
- REIS, Adriana Teixeira; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. Representações sociais sobre saúde entre adolescentes de escolas públicas do município do Rio de Janeiro. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):473-78.
- SILVA, Leandro Andrade da et al. Representações sociais do processo de envelhecimento de pacientes psiquiátricos institucionalizados. **Esc Anna Nery (impr.)**. 2011 jan-mar; 15 (1):124-131.

VULNERABILIDADE E VIOLÊNCIA EM FEIRA DE SANTANA (BA)

Marko Aurélio Santos e Silva¹

Roberto dos Santos Lacerda²

Edna Maria de Araújo³

INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade social é o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade. Nos últimos anos, a violência, devido a sua tendência ascendente é apontada por diversos setores representativos da sociedade como sério e importante problema que aflige muitos países, e o Brasil em especial. De um modo geral, os estudos que abordam a temática da vulnerabilidade colocam o risco em termos ecológicos e ambientais. No presente trabalho o risco é racial. Procurou-se detectar a relação dos casos de agressão e o território, onde vive a população negra e a interação daquelas com as características sociais, econômicas e culturais. Dessa interação resultaria a vulnerabilidade da população negra em face à violência urbana.

OBJETIVOS

Descrever a relação entre a vulnerabilidade da população negra de Feira de Santana diante da violência. Estimar a prevalência dos casos de agressão nos bairros de Feira de Santana e comparar a ocorrência dos casos de agressão segundo a proporção de população negra.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo exploratório para identificar a relação entre os casos de agressão, a raça da vítima, o bairro e o capital cultural e econômico. Utilizou-se os registros dos casos de agressão do Departamento de Polícia Técnica (DPT) do período de 2006 a 2008. A classificação dos bairros por capital cultural e econômico e os dados referentes ao critério raça/cor foram extraídos do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para a execução do estudo proposto, o projeto de pesquisa “Morbidade por causas externas: Caracterização e fatores associados na maior cidade do interior da Bahia” do qual faz parte o presente projeto “Violência na população negra de Feira de Santana-BA” foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o número do CAAE- 0087.0.059.000-09.

¹Discente de Enfermagem - Faculdade Anísio Teixeira- NUDES (UEFS) e-mail: markolabs@gmail.com

²Mestre em Saúde Coletiva- NUDES (UEFS)

³Doutora em Saúde Pública- NUDES (UEFS)

RESULTADOS

Foram estudados 16 bairros classificados como de população com capital cultural e econômico baixo, devido a disponibilidades de dados que sugeriram a existência de uma relação positiva, com a maior incidência dos casos de agressão nos bairros cuja extensa maioria da população é negra, apontando este viés racial dos casos de agressão registrados no DPT de Feira de Santana entre 2006-2008. Ao analisar as características etnodemográficas dos casos de agressão em Feira de Santana 2006-2008 pode-se observar que os bairros com as taxas de incidência mais elevadas neste estudo (Sobradinho, Subaé e Pampalona) possuem os maiores percentuais de população negra em sua composição confirmando a hipótese da associação positiva entre negritude e vulnerabilidade as agressões. Os bairros neste mesmo grupo estudado, com o maior percentual de população não negra (Parque Ipê, Lagoa Salgada, Jardim Cruzeiro e Caseb) possuem as menores taxas de incidência dos casos de agressão, sugerindo que em Feira de Santana residir em uma localidade com menor percentual de população negra pode representar um “fator de proteção” em relação aos casos de agressão.

CONCLUSÕES

A relação entre vulnerabilidade e violência tem sua origem na questão social, em particular, a violência dirigida a um segmento étnico específico (população negra), imprimindo uma matriz mais crítica ao conhecimento da dinâmica das relações sócio-étnico-espaciais. Experiências que priorizam a participação dos jovens negros como protagonistas do seu processo de desenvolvimento vêm demonstrando ser alternativas eficientes para superar a vulnerabilidade desses atores, tirando-os do ambiente de incerteza e insegurança. Além disso, a valorização das formas de expressão tipicamente juvenis, tais como o *rap* e o grafite, colabora para que, tanto os próprios jovens quanto o resto da sociedade, reconheçam esses atores como capazes de contribuir e construir soluções pacíficas para os conflitos sociais.

DESCRITORES: Vulnerabilidade, População Negra, Violência.

VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: UMA DISCUSSÃO QUE VEM CONQUISTANDO ESPAÇOS NA SOCIEDADE (?) - REVISÃO DE LITERATURA

Edermeson Roque Malheiro Brandão¹

Maitana Carvalho Cardozo¹

Renata Rocha Nunes¹

Washington Luis Melo Figueiredo¹

Edilaine Alves Nunes²

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é parte do processo natural da vida, sendo uma das fases do ciclo vital dos seres humanos. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos de idade. Segundo o psiquiatra Erik Erikson também pode ser entendida como maturidade ou idade de reforma (60 anos ou mais) na qual o indivíduo percebe que o fim da vida está próximo, o que culmina num processo de contemplação do que fez durante ela e a partir daí sente-se satisfeito ou não.

A população idosa vem crescendo nas últimas décadas. Isto fica evidente quando se analisa o crescimento demográfico brasileiro entre 1980 e 1999 onde a população com menos de 20 anos cresceu 12% e a população idosa, neste mesmo período, cresceu 70%, o que representava 12,6 milhões de idosos (Araújo & Alves, 2000, p.08). No ano de 2010 a população idosa era de 20,5 milhões, correspondendo a 10,8% da população brasileira (IBGE, 2010).

Com o crescimento da população idosa, a atenção começa a se voltar para esta faixa etária, o que se observa no aumento de publicações sobre o tema. Sendo assim, o presente trabalho tem por objetivo avaliar o quanto a temática “violência contra os idosos” vem ganhando espaço nas discussões e também se propõe a analisar a evolução deste debate e das políticas de proteção social voltadas a esse grupo.

OBJETIVO

Objetiva-se através deste trabalho o compartilhamento dos saberes a cerca da política de proteção social para pessoa da terceira idade e violência contra o idoso.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura voltada para política de proteção social para terceira idade e violência contra o idoso. As fontes bibliográficas foram pesquisadas utilizando o termo: “violência contra os idosos” nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

¹ Discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB – Campus de Jequié. E-mail do relator: binhobrand@gmail.com

² Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB – Campus de Jequié.

Na primeira base de dados foram encontrados 51 artigos, enquanto na SciELO encontrou-se apenas 32. Estes números ainda são limitados quando comparados com temas como “violência contra crianças”, sendo encontrados 169 artigos na LILACS e 107 na SciELO. A avaliação dos artigos e da política de atenção ao idoso se deu por leitura analítica, anotação de dados e citações.

DISCUSSÃO

A violência contra os idosos não é algo recente: segundo Hudson (1999) isso ocorre desde os primórdios da humanidade e varia conforme a sociedade estudada. A OMS (2002) define violência contra o idoso como um ato de acometimento ou omissão, que pode ser tanto intencional como involuntário, podendo ser de natureza física ou psicológica ou pode envolver maus tratos de ordem financeira ou material.

No Brasil a proliferação de leis em favor do segmento mais velho da população se inicia com a Constituição de 1988. A partir da década de 90 multiplica-se o número de Leis, acompanhadas pelo aumento do número de idosos no país (Alves, 2001). Em quatro de janeiro de 1994 é promulgada pela Lei nº 8.842, a Política Nacional do Idoso, a qual não traz qualquer tipo de discussão sobre o tema violência (Souza & Minayo, 2010). Isso pode ter ocorrido por se tratar de um documento da década passada. Minayo & Souza demonstram que haviam apenas nove trabalhos publicados em periódicos da área de saúde na década passada, no entanto entre os anos de 2000 e 2008 há um significativo incremento da produção na área.

O Pacto pela Saúde (2006), por se tratar de um documento mais recente, já inclui a violência como pauta da saúde (Souza & Minayo, 2010). Ainda em 2006 é aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a qual agrega os avanços das portarias como, por exemplo, alguns aspectos do Estatuto do Idoso (2003). Esta Política trabalha com a noção de articulação intersetorial e compartilhamento de responsabilidades; ainda destaca que as intervenções devem estimular o autocuidado e se orientar para a promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, o que firma-se como um avanço na legislação, pois os maus-tratos contra idosos estão relacionados com o grau de dependência destes com os agressores, segundo pesquisa realizada pela OMS e pelo INPEA - International Network for the Prevention of Elder Abuse (WHO, 2002).

Apesar do incremento de diversas leis tratando sobre a terceira idade, há de se avaliar que elas não abordam devidamente o tema violência do ponto de vista de suas manifestações, magnitude e intensidade com que ocorrem (Souza & Minayo, 2010). Souza (2004) aborda a relevância do desenvolvimento de leis que atendam às necessidades e garantam os direitos dessa população que está crescendo. Para as autoras do artigo “Violência contra idosos: uma questão nova?”, embora existam as leis, ainda há muito que se elaborar neste *iceberg* da violência contra a pessoa idosa, pois considerando que, na maioria das vezes, os agressores são elementos familiares, pode ser muito angustiante para o idoso denunciá-los. Assim, apesar da evolução no número de leis deve-se também procurar alertar os profissionais de saúde no sentido de reconhecerem a violência através dos sinais deixados pelas lesões e traumas. Outro ponto de partida para uma campanha de orientação e prevenção, considerando a realidade brasileira, poderia contar com o apoio dos agentes comunitários da Estratégia Saúde da Família, segundo Duarte et al.

CONCLUSÃO

A partir da revisão de literatura das bases de dados LILACS e SciELO observou-se que ainda há pouca produção a cerca da violência contra a pessoa idosa e que este número vem aumentando gradativamente nos últimos anos devido ao aumento concomitante desta população. Apesar do avanço na legislação brasileira sobre a temática, é comum observar um abismo entre teoria e prática, fator agravado pelo fato de a maioria dos agressores serem parentes da vítima.

Neste sentido, é preciso uma articulação intersetorial no combate à violência contra idosos. A capacitação profissional se firma relevante para que estes possam reconhecer os sinais deixados pela agressão, além de que a inclusão da temática deve-se tornar tão freqüente quanto a violência infantil nos debates parlamentares e da sociedade civil.

PALAVRAS- CHAVE: Violência, Maus- Tratos ao Idoso, Saúde do Idoso.

REFERÊNCIAS:

ALVES, AM. A Construção Social da Violência Contra os Idosos. **Textos Envelhecimento** v.3 n.6 Rio de Janeiro 2001

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Estatuto da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos; 2003.

BRASIL. **Decreto nº 1.948**, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jul. 1996. p. 12277.

MINAYO, MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública** vol.19 no.3 Rio de Janeiro June 2003.

MINAYO, MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva** vol.11 suppl.0 Rio de Janeiro 2006.

SANCHES, APRA. LEBRÃO, MC. DUARTE, YAO. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde soc.** vol.17 no.3 São Paulo July/Sept. 2008.

SOUZA, ER. MINAYO, MCS. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** vol.15 no.6 Rio de Janeiro Sept. 2010.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO E PREVENÇÃO AOS MAUS-TRATOS

Mirella Lago Nascimento¹

Patricia Almeida Lago²

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o envelhecimento da população idosa vem se tornando um dos maiores desafios para a saúde pública, visto que exige efetiva implementação de estratégias voltadas para a manutenção da capacidade funcional do idoso. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas. No Brasil considera-se idoso, a pessoa com 60 anos ou mais, entretanto nos países desenvolvidos idoso é aquele que tem 65 anos ou mais segundo a Organização Mundial da Saúde.

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial e por esse motivo merece uma atenção especial por parte das políticas de saúde.

Tendo em vista o aumento desenfreado dessa população, a violência, tanto física como psicológica surge como um problema social, político e de saúde. Segundo a Assembleia Mundial de Saúde, a violência contra o idoso é considerada como um problema de saúde pública universal, devido as graves consequências que pode causar tanto em indivíduos, família, sociedade, quanto para os serviços de saúde.

A violência contra idosos ocorre de diferentes formas e por esse motivo sua identificação se torna difícil dependendo do contexto cultural em que esteja inserida. De acordo com a literatura pesquisada, os maus tratos podem ser classificados em: físico, verbal, psicológico ou emocional, sexual, econômico, negligência e auto negligência. Assim, torna-se relevante a discussão sobre o tema proposto, uma vez que esse tipo de violência tem-se tornado cada vez mais frequente na sociedade e, portanto faz-se necessário a implementação de medidas pelo setor público para diminuição do problema. Essa pesquisa tem como objetivo: descrever as políticas públicas voltadas para a proteção da saúde do idoso.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo bibliográfico baseado na revisão de literatura, que segundo Marconi e Lakatos (2005), abrange todas as bibliografias já publicadas em relação ao tema de estudo, sendo sua finalidade colocar o autor em contato direto com tudo que já foi escrito sobre determinado assunto. Para realizar a pesquisa foram utilizados 10 artigos publicados em revistas científicas entre os anos de 2000 e 2010, sendo utilizado como fontes de pesquisas as bases de dados virtuais, tais como: Scientific Electronic Library Online e sites do Ministério da Saúde.

¹Enfermeira, Faculdade de Tecnologia e Ciências, Jequié, email: mirelalago@hotmail.com

² Enfermeira, Faculdade de Tecnologia e Ciências, Jequié.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, o direito universal e integral à saúde da pessoa idosa foi conquistado pela sociedade através da Constituição Federal de 1988, que afirma que o idoso é um sujeito de direitos e por isso está impedida qualquer forma de discriminação por idade e compete à família, a sociedade e ao Estado, o dever de defender sua dignidade e bem-estar e garantir seu direito à vida.

Com o propósito de garantir estes direitos, foram criados no Brasil alguns dispositivos legais. Dentre esses dispositivos, destacam-se a Política Nacional do Idoso regulamentada em 1996, e que assegura os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Em 1999, através da Portaria/GM 1395 foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso, parte essencial da Política Nacional do Idoso, que fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à saúde da pessoa idosa e em processo de envelhecimento, conforme determina a Lei Orgânica de Saúde 8080/90 e a Lei 8.842/94.

Em 2002 foi lançado o II Plano de Ação para Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, com o objetivo de promover ações que levem ao cumprimento do Estatuto do Idoso e que tratam do enfrentamento da exclusão social e de todas as formas de violência contra a pessoa idosa. Além disso foi proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Saúde do Idoso através da Portaria GM/MS nº 702/2002, que tem como objetivo criar os critérios para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção a Saúde do Idoso.

Em 2003, foi aprovado e sancionado pelo governo o Estatuto do Idoso, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, e afirma em seu artigo 3º que se deve garantir ao idoso, o direito à vida, alimentação, educação, cultura, lazer, saúde, esporte, liberdade, cidadania, respeito e convivência familiar.

Em 2006 foi promulgada a Portaria/GM nº 399, que apresenta as Diretrizes do Pacto pela Saúde nas quais estão contempladas três dimensões, sendo uma delas o Pacto pela Vida que trata a Saúde do Idoso como uma das prioridades. Ainda nesse ano, foi assinada a Portaria nº 2.528 que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, atualizando assim a antiga Portaria nº 1.935/94 e trazendo um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos.

No que diz respeito à proteção contra violência, a Lei 10471/2003 afirma que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos aos idosos são de notificação obrigatória e segundo a Portaria GM/MS 1395 os profissionais devem estar atentos a identificar os indícios de violência.

CONCLUSÃO

A violência contra o idoso vem tomando proporções cada vez maiores à medida que essa população aumenta. Foi possível observar que os maus-tratos com idosos ocorrem em nível mundial, e que atualmente existem dispositivos legais suficientes para combater esse tipo de violência, no entanto apenas esses dispositivos não são suficientes para combater o problema.

Faz-se necessário que o Estado faça cumprir as leis por ele criadas, e, além disso, que a sociedade mude sua visão em relação ao idoso, e que os casos de violência não sejam negligenciados pelos profissionais da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: políticas públicas; saúde do idoso; idoso; envelhecimento; violência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Atenção a Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento.** Brasília, 2006. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf.

_____. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Caderno de Atenção Básica nº 19. Brasília, 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca19.pdf.

_____. **Constituição Federal 1988.** Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm.

_____. **Estatuto do Idoso: Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Política do Idoso no Brasil, Censo Demográfico. 2000.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/politica_do_idoso_no_brasil.html.

_____. **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento.** Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PlanodeAcaoInternacionalparaoEnvelhecimentoONU.pdf>.

_____. **Política de Saúde do Idoso.** Portaria 1395/GM de 10 de dez de 1999. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf.

_____. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006.** Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.

FLORÊNCIO, M.V.L.; FILHA, M.O.F; SÁ, L.D. **A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão.** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2007, vol 9, nº 03, p. 847-857. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm>.

MELO, J.L; CUNHA, J.O.C; NETO, G.H.F. **Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe – Pernambuco.** Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil. 2006, vol. 6, nº 1, p. 43-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6s1/30503.pdf>.

SILVA, M.J. OLIVEIRA, T.M. JOVENTINO, E.S. MORAES, G.L.A. **A Violência na Vida Cotidiana do Idoso: Um olhar sobre quem a vivencia.** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008. vol. 10, nº 01, p. 124-136. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a11.htm>.

VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL: RETRATO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA, 2010 e 2011

Thamires Félix de Almeida ¹
Maria Nice Dutra de Oliveira²
Camila Rego Amorim²
Juliana Lessa de Oliveira³

INTRODUÇÃO

A violência é considerada um problema sociocultural, cuja influência está presente em toda a história da humanidade, afetando tanto a saúde individual quanto coletiva, sendo, portanto, um assunto da saúde pública. Este fenômeno é mais evidente em países com baixo desenvolvimento econômico, em virtude de suas circunstâncias sociais, econômicas, políticas e culturais. Os casos de abusos e agressões em crianças e adolescentes têm sido uma constante na sociedade, em decorrência das suas características dominadora e patriarcal. Neste contexto, as crianças e adolescentes estão inseridos em uma classe inferior, portanto a severidade passa a ser encarada como forma indispensável para disciplinar as esposas e filhos. No Brasil, a violência infanto-juvenil é constituída como a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade. Em geral, esta população tem os seus direitos violados, como o acesso à escola, assistência à saúde, e os cuidados necessários para o seu desenvolvimento. Os altos índices de mortalidade por acidentes e violências compõem um contexto de extrema importância, solicitando assim, conscientização, sensibilização e intensa mobilização social para o seu enfrentamento. Os profissionais da área da saúde, especificamente, têm papel fundamental na compreensão e na atenção ao problema, atuando como ativos defensores da proteção integral das crianças e dos adolescentes.

OBJETIVO

Descrever o perfil da violência infanto-juvenil registrada no Conselho Tutelar do município de Jequié/BA, segundo as vítimas, agressores, denunciantes, tipos de violência perpetrada e procedimentos realizados.

MATERIAS E MÉTODOS

Estudo descritivo, de corte transversal com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados entre novembro e dezembro de 2011 por meio dos registros de ocorrência dos casos de violência contra crianças e adolescentes no Conselho Tutelar de Jequié-BA, notificados no período de outubro de 2010 a outubro de 2011, e disponibilizados no Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA). Foram excluídos os registros que porventura não estavam preenchidos completamente com os dados indispensáveis para analisar o perfil da violência infanto-juvenil no município.

¹Fisioterapeuta graduada pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

²Mestre em Saúde Coletiva e docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

³Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, lessa.juh@gmail.com

O instrumento de coleta dos dados utilizado foi elaborado previamente pelas autoras e constava com campos para registro das seguintes variáveis: a) vítima: idade e sexo; b) agressor: idade, sexo e vínculo com a vítima; c) denunciante: idade, sexo, vínculo com a vítima; d) tipo de violência sofrida: violência estrutural, psicológica, física e violência sexual e negligência familiar; e) procedimentos médicos e óbitos; f) encaminhamentos realizados. Os dados pesquisados foram digitados, processados e classificados segundo as variáveis de interesse na pesquisa, utilizando o Programa SPSS, versão 9.0 for Windows - Statistical Package for Social Science 2000. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/ UESB, sob o protocolo nº 178/2011.

RESULTADOS

No município de Jequié-BA, entre outubro de 2010 a outubro de 2011 foram denunciados 606 casos de violência contra crianças e adolescentes, sendo acometidos 309 indivíduos do sexo masculino e 297 do sexo feminino. A distribuição do evento por faixa etária apontou que em ambos os sexos as faixas mais acometidas foram aquelas que compreendiam dos 2s aos 14 anos, com maior proporção entre 10 a 14 anos (30,7%), seguidos da faixa etária entre 6 a 9 anos (27,4%) e dos 2 aos 5 anos de idade (19,1%). No que diz respeito aos agressores, sem diferenciar as formas de violência, foi verificado que a mãe e o pai foram os agressores mais prevalentes, sendo que a mãe é o principal agressor em 314 casos (51,9%), o pai em 240 casos (39,7%), os parentes (avôs, irmãos, tios, padrasto, madrasta) em 44 casos (7,3%) e outras pessoas em 137 casos (22,5%). A maioria das denúncias foi presencial correspondendo a 494 casos (81,5%). 219 casos foram denunciados pela mãe (36,1%), 100 casos pelo pai (16,5%), e 111 por outros familiares (20,2%). Entre as violências denunciadas, a negligência apresentou o maior número de casos, 328 (54,12%), seguida pela psicológica com 225 casos (37,12%), física com 182 (30,03%), estrutural com 19 (3,13%), e, sexual, com 14 casos (2,31%). Quanto às formas de encaminhamentos foram totalizados 639 procedimentos sendo: 242 casos notificados; um caso foi realizado sindicância; 29 aconselhamentos; 36 advertências; 45 audiências; 56 acompanhamentos e 230 outros encaminhamentos, como DEAM, CREAS, CRAS, Ministério Público representado pelos Promotores e, por fim a Defensoria Pública.

CONCLUSÕES

Em vista dos resultados obtidos, observou-se uma sutil diferença entre os sexos, de acordo com outros estudos que relatam que o sexo não é em si um fator associado à perpetração dos maus-tratos. Quando se pondera os tipos de violência perpetrados, sobressaiu a violência psicológica e a sexual nas vítimas do sexo feminino e no masculino prevaleceu a negligência e a violência física. Em relação aos tipos de violência, notou-se que em Jequié houve maior prevalência nos casos de negligência, seguida de violência psicológica e física em consonância com achados na literatura, independente da faixa etária. O percentual dos casos de negligência apresentou-se mais elevado quando comparado com as demais violências, de forma semelhante ao encontrada também na literatura pesquisada. É importante sensibilizar a sociedade da sua responsabilidade no enfrentamento dos maus-tratos e quanto da relevância da denúncia, para garantir que os direitos infanto-juvenis sejam respeitados. E, exigir mais rigor nas ações promocionais e preventivas de enfrentamento da violência obedecendo ao Estatuto da Criança e Adolescente.

PALAVRAS-CHAVE: violência, criança e adolescente, direitos da criança.

GENOGRAMA E ECOMAPA: AVALIANDO FAMÍLIAS EM PRESENÇA DE MAUS TRATOS FÍSICOS CONTRA FILHOS

Karina Cristina dos Santos Rodrigues¹
Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira²
Cláudio Claudino da Silva Filho³
Rodrigo Nonato Coelho Mendes⁴

INTRODUÇÃO

A violência, fenômeno relacional presente em todos os meios sociais, representa um problema de saúde pública de grande magnitude. Aplicado a crianças e adolescentes, estima-se que aproximadamente 600 mil crianças e adolescentes sejam vítimas das diversas formas de violência ou maus tratos, no nosso país (GABATZ et al., 2010). Do ponto de vista da tipologia, encontram-se classificados em quatro modalidades: Violência Física, Negligência, Violência Sexual e psicológica (ROCHA et al., 2010).

Quando praticados por pessoas com laços de consanguinidade, são identificados maus tratos intrafamiliares, definidos pelo Ministério da Saúde como "Quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas" (BRASIL, 2001, p.15).

A violência física, objeto do presente estudo, é conceituada como atos cometidos pelo uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Podendo se manifestar por tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras (BRASIL, 2008, p.13).

Fenômeno geracional, é compreendido por grande parte da população, como método disciplinar e modo de educar os filhos (MARTINS, 2007; GABATZ et al., 2010). Observa-se deste modo, uma tendência em naturaliza-lo, qual, velado pelo silêncio, em inúmeros casos atendidos em serviços de saúde, os responsáveis justificam as marcas em locais do corpo, como eventuais e acidentais. (ROSA; LIRA, 2010).

Considerando que pessoas submetidas a condições adversas, buscam mecanismos para a sua superação através de redes de apoio (DIAS, et al, 2007) e concebendo a família como a primeira rede de apoio afetiva, responsável pela socialização dos filhos, utilizados durante entrevistas, ambos, genograma e ecomapa, constituem importantes instrumentos de coleta de dados, conforme se observa no Modelo Calgary de Avaliação da Família – MCAF (COSTA; PINTO; OLIVEIRA, 2010).

Genograma é uma representação gráfica de dados da vida familiar, construída com a finalidade de reunir informações, as quais visualizam a dinâmica e as relações familiares, em uma série histórica de pelo menos três gerações e fases do ciclo de vida de seus membros. (PEREIRA, et al, 2009; KRÜGER; WERLANG, 2008; WENDT; CREPALDI, 2008). Simbolicamente, os homens são representados por quadrados e as mulheres por círculos.

¹Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Vale do São Francisco- UNIVASF

²Professor Assistente do Colegiado de Enfermagem - UNIVASF; Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES Doutoranda, Programa de Pós Graduação em Enfermagem- UFBA;

³Professor substituto do Colegiado de Enfermagem - UNIVASF; Mestre em Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem- UFBA.

⁴Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf.

Contato Relator: olindalira@gmail.com

Quanto ao ecomapa, em forma de diagrama, é possível visualizar a rede de apoio disponível, seja social, seja afetiva. Fornece uma visão ampliada da família, desenhando sua estrutura de sustentação e retratando o vínculo entre os seus membros e demais recursos comunitários. Assim, ao identificar as relações de apoio ampliam-se possibilidades de intervenções de enfermagem, principalmente quando identificados recursos fracos e inexistentes a essas famílias (PEREIRA et al., 2009).

OBJETIVOS

Geral: Investigar fatores condicionantes para a ocorrência de violência física intrafamiliar contra crianças e adolescentes, descrevendo-os com auxílio do genograma e ecomapa.

Específicos: Descrever a estrutura familiar de crianças e adolescentes em situação de violência intrafamiliar; Descrever a rede social e afetiva de famílias em situação de violência intrafamiliar;

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de método qualitativo, o qual teve como cenário o Conselho Tutelar do município de Petrolina-PE, tendo em vista ser o local onde ocorre o acompanhamento de ocorrência de violação de direitos de crianças e adolescentes. A amostra foi composta por cinco mães as quais atenderam aos critérios de inclusão de terem cometido maus tratos físicos contra os filhos crianças e adolescentes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa em seres humanos da UNIVASF, certificado 2505201116/2011. A coleta dos dados, ocorreu durante Visitas Domiciliares, previamente agendadas. Para a construção do genograma foi utilizado um roteiro semi estruturado, contendo questionamentos acerca das composições familiares, incluindo antecedentes, referentes às suas famílias de origem: Pais, irmãos e agregados: idade, número de membros, ocupação e renda doenças e acontecimentos marcantes, incluindo conflitos, nascimentos e óbitos (WENDT, 2006).

RESULTADOS

Grupo constituído por cinco mulheres, cujos genograma e o ecomapa, com idade entre 28 a 41 anos, escolaridade, variando entre sem escolaridade (1) ensino fundamental incompleto(2) e ensino médio completo(2). A renda variou entre um salário mínimo (4) até cinco (1). Das participantes, duas declararam-se casadas, duas em união estável e uma, divorciada. Todas com três filhos. Identificando a rede de apoio social e afetiva através do genograma e ecomapa, observaram-se que puderam contar com uma rede afetiva composta pela família ampliada, vizinhos e igreja e rede social, composta pelo Conselho Tutelar, escolas e serviços de saúde. Neste sentido, apenas duas participantes, puderam contar como o apoio da família ampliada, composta pelos pais, irmãos, sogros e cunhados; quatro confirmaram ser a igreja o local onde buscam refúgio e fortalecimento, em que, através da oração, se arrependem da atitude e buscam orientação para manter o equilíbrio. Quanto à rede institucional, quatro consideraram o Conselho Tutelar, o maior apoio disponível, afirmando manter vínculo fortalecido com este serviço. A escola dos filhos foi mencionada por três participantes, como uma instituição, com a qual mantém um bom relacionamento.

Salientando que todas declararam não manter nenhuma relação de apoio com os serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Ambos os instrumentos facilitaram a descrição das relações da estrutura familiar e da rede de apoio afetiva e social. Através dos diagramas foi possível identificar os membros, os quais compõem as famílias, desde a 3ª geração. Assim identificando uma estrutura de rede afetiva fragilizada, em que apenas duas participantes referiram a existência de apoio. Infere-se, que esta falta de apoio, pode ter representado uma dificuldade para a reestruturação das famílias estudadas. Quanto à rede social, ser o Conselho Tutelar, a instituição mencionada como a de maior apoio disponível, remete ao desempenho de seu papel de articulador de redes de apoio.

Reconhecer na escola, uma oportunidade de aprendizado intelectual e de regras disciplinares, contribui para melhorar o comportamento dos filhos, muitas vezes, o motivo alegado pelos autores, para o mau trato. O fato de o hospital ser referido pelo total da amostra, como um serviço com o qual não existe nenhuma relação de apoio, o que ocorre na verdade, é que nos casos de maus tratos físicos, os pais evitam o comparecimento aos serviços de saúde, uma vez que as marcas ocasionadas pelos mesmos podem resultar em notificação ou denúncia e conhecimento do caso.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis; Apoio Social; Criança; Adolescente.

DIMENSÃO ÉTICA E POLÍTICA ACERCA DA VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

Valeria Alves da Silva Nery¹
Diego Micael Barreto Andrade²
Icaro Alves Brito³
Thainara Araújo Franklin⁴
Isabella Félix Meira⁵
Thalita Felix Nolasco⁶

INTRODUÇÃO

No Brasil, são muitas as necessidades dos idosos que não são supridas pela atual conjuntura social e política instalada. Sabe-se que a distribuição de recursos destinados a essas duas parcelas não é igualitária nas necessidades de cada uma delas: A convivência dos idosos com indivíduos mais jovens e a dependência obrigatória podem gerar conflitos, a ponto de a relação entre ambos ficar insustentável, sem abertura para o diálogo e a argumentação franca. Isto ocorreria no âmbito familiar, institucional e no convívio social. Nestas situações é comum acontecer o fenômeno da violência contra o idoso. Conseguir identificar adequadamente quando uma pessoa idosa está sendo submetida a situações de maus tratos e/ou negligência é importante na manutenção da sua saúde e na prevenção de agravos. O papel do enfermeiro neste ponto é de grande importância, por ser ele o ente da equipe multiprofissional que tem acesso direto ao cliente, nas diferentes complexidades de assistência à saúde. O enfermeiro deve estar bem preparado para identificar casos de abusos contra idosos, bem como dar encaminhamento correto a cada situação, atentando para a satisfação das necessidades físicas, sociais e emocionais da cada vítima.

OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo: Realizar uma reflexão sobre o tema da violência contra os idosos, amparada em artigos científicos publicados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de atualização, que além de abordar os enfoques principais do assunto, pretende destacar como o tema é trabalhado pela atual política de saúde do idoso no Brasil. Portanto foi feita uma pesquisa no acervo de bibliotecas virtuais, como o SciELO, LILACS, e Google, bem como foram coletadas publicações do governo brasileiro (leis, portarias, cartilhas orientadoras). Ainda foram consultados livros, dissertação de mestrado, e publicações *on line* da OMS. Os dados foram coletados nos meses de junho de 2006 a agosto de 2012, na língua portuguesa.

¹Professora Auxiliar Substituta do curso de Enfermagem-UESB. Jequié.valalves04@yahoo.com.br.

²Graduando do curso de Enfermagem –UESB. Jequié.diego_dmba@hotmail.com

³Graduando do curso de Enfermagem –UESB. Jequié.icarobritto@hotmail.com.

⁴Graduanda do curso de Enfermagem –UESB. Jequié.thainarafranklin@hotmail.com

⁵Graduanda do curso de Enfermagem –UESB. Jequié.bellinhafelix@hotmail.com

⁶Graduanda do curso de Enfermagem –UESB. Jequié. thalifelixgirls@hotmail.com

No total foram consultadas 20 publicações referentes à temática em estudo. De acordo com o exercício de reflexão sobre a produção nacional da problemática em questão, foram identificados textos que tratam da violência para com os idosos enfocando principalmente os seguintes temas: políticas de saúde, legislação, características do fenômeno da violência, e ainda dados sobre morbidade e mortalidade por “causas externas” (é sob este termo que se abrigam as possíveis ocorrências de violência), formas de prevenção da violência para com os idosos, além de exploração da temática do envelhecimento e dos fatores causadores de violência para com as pessoas desta faixa etária.

RESULTADOS

Considerando a literatura investigada, a família é hoje a entidade mais causadora de violência aos idosos. Estudos mostram que 90% dos casos de violência e de negligência contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem nos lares. A violência familiar implica na existência de laços de parentesco entre a vítima e o agressor, ocorre, portanto, ligada ao laço familiar, dentro ou fora do domicílio da vítima. Já a violência doméstica implica em proximidade do agressor para com sua vítima, não exatamente ligada a laços de parentesco, podendo, portanto, ser exercida por pessoas que compartilhem o espaço doméstico do idoso, como empregados, agregados ou visitantes. Tais definições servem para ilustrar que o agressor do idoso é, na maioria das vezes, alguém próximo do mesmo, o que torna o ato de violência ainda mais covarde, já que praticado por um inimigo íntimo, conhecedor de minúcias em relação à vida e as fraquezas do idoso (inclusive afetivas). O Estado brasileiro, ao longo dos últimos vinte anos, construiu alguns dispositivos legais de amparo à pessoa idosa, entre eles os que estão inscritos na Constituição Federal, constituindo diretrizes para a elaboração da Política Nacional de Saúde do Idoso, além do Estatuto do Idoso. Todavia, diante da realidade de violência parece que apenas a existência de dispositivos não é suficiente para o enfrentamento do problema. É urgente a necessidade de tornar visível a violência contra o idoso para que ela seja reconhecida nos atos cotidianos e reprovada como atitude a ética, porque praticada por sujeitos sociais livres que podem decidir por não praticá-la. Só a ética faz perceber e repudiar um ato de violência. A ética é o conhecimento à serviço da vida. Usar a ética nos casos de violência conduz o profissional (e demais pessoas) à reflexão e a busca de respostas a uma situação que se mostra ambígua e extrema. Os profissionais de saúde, no exercício de suas atribuições, devem tomar suas condutas baseados em atos morais, guiados por valores éticos, que devem ser reforçados durante sua formação profissional. É preciso despertar e manter a sensibilidade dos profissionais para com os atos de covardia e injustiça praticados contra a vida humana, até mesmo para que se evitem idiosincrasias, como a prática de negligência, abuso, e desrespeito pelos próprios profissionais de saúde, fato infelizmente comum no cotidiano.

CONCLUSÃO

O enfrentamento do problema da violência contra o idoso não se finaliza na culpabilidade à família e na sua punição. É preciso considerar que as famílias têm limites de recursos financeiros, de disponibilidade, e inclusive limites emocionais, para suportar o fardo de tocar a própria vida e a vida de outro, ao mesmo tempo. Em relação ao profissional enfermeiro, este tem um papel significativo a desempenhar. Na sua lida direta e diária com os idosos usuários de serviços de saúde (de todos os níveis de complexidade), o enfermeiro precisa saber investigar e identificar os casos de violência, abordar corretamente o cliente,

agir coordenadamente com outros profissionais, traçar intervenções eficazes para cada caso. O combate aos atos de violência às categorias mais frágeis da espécie humana deve começar na própria formação profissional do enfermeiro, que desde cedo deve ter seus valores éticos reforçados e ampliados por sua instituição formadora.

PALAVRAS CHAVE: Violência; Idosos; Ética.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, JAM, Garcia RA. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Cadernos de Saúde Pública 2003 jun; 19:725-733.

FERREIRA, Ana L. **Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra.** J. Pediatr. (Rio J.) vol.81 no.5 suppl.0 Porto Alegre Nov. 2005

MENDONÇA, J. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.** Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envelhecimento de Países de América del Sur. 2005.

MINAYO, MCS; SOUZA, ER. **Violência contra idosos – é possível prevenir.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.13.07.90.

MINAYO, MCS. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria.** Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

MINAYO, MCS. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema.** Cadernos de Saúde Pública 2003 jun; 19:783-791.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Organização Mundial de Saúde 2002; 1:1-42.

DESVELANDO LAÇOS INTERESTADUAIS E TECENDO REDES DE INTEGRALIDADE: LACUNAS NA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS EM MUNICÍPIOS-PÓLO NO VALE DO SÃO FRANCISCO

Cláudio Claudino da Silva Filho¹

Priscila Dayane Marques Carvalho²

Sued Sheila Sarmento³

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira⁴

Nadirlene Pereira Gomes⁵

Lucineide Santos Silva⁶

INTRODUÇÃO

A violência, nas suas mais variadas formas, tem atingindo diversos grupos populacionais. Os homens, sobretudo os jovens, são vítimas freqüentes da violência responsável por elevados índices de mortalidade, expressa, especialmente, pelos homicídios. As mulheres, as crianças e os idosos sofrem principalmente a violência doméstica que está associada a uma alta morbidade devido aos efeitos que provocam na saúde desses indivíduos (CRUZ; AZEVEDO; GONÇALVES, 2011).

De uma forma geral, as consequências da violência provocam altos custos emocionais e sociais. Dentre eles estão os prejuízos financeiros em virtude das perdas de dias no trabalho, menor produtividade e, os danos mentais e emocionais imensuráveis causados às vítimas e suas famílias (MINAYO, 2005). No setor saúde há o prejuízo econômico direto e indireto, gerado pelos gastos médicos e hospitalares, sobretudo nos serviços de emergência, representando um custo de cerca de 4 milhões de reais ao ano, para as três esferas de gestão (CRUZ; AZEVEDO; GONÇALVES, 2011; VIEIRA, 2008).

¹Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisador dos Grupos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (CNPq/EE-UFBA), Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (CNPq/LAPPIS/IMS/UERJ), e Laboratório de Estudos e Práticas Transdisciplinares em Saúde e Educação (CNPq/LETRANS/UNIVASF). Professor Substituto da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e Coordenador do Núcleo de Prevenção à Violência e Cultura de Paz e do setor de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro-BA. Endereço eletrônico: claudiocfilho@gmail.com.

²Enfermeira Especialista com Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UNIVASF). Endereço eletrônico: prisciladaiane@msn.com.

³Mestra em Psicologia (UFES), Professora Assistente da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Tutora/Coordenadora da Linha PET-SAÚDE RAS 2012-2013 “Itinerário terapêutico e trajetórias de cuidados de mulheres em situação de prostituição: tecendo redes para integralidade na prevenção do Câncer de colo uterino e mamário em Juazeiro – BA”. Endereço eletrônico: sued.sheila@gmail.com.

⁴Doutoranda em Enfermagem (UFBA), Mestra em Psicologia (UFES), Especialista em Administração dos Serviços de Saúde (UNAERP), Professora Assistente da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), integrante do Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (CNPq/EE-UFBA). Endereço eletrônico: olindalira@gmail.com.

⁵Pós-Doutoranda em Enfermagem (UFSC), Doutora e Mestra em Enfermagem (UFBA), Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da UFBA, Pesquisadora do Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (CNPq/EE-UFBA). Endereço eletrônico: nadirlenegomes@hotmail.com.

⁶Mestra em Enfermagem (UFBA), Professora Assistente da Universidade Federal da Bahia, estando em lotação provisória na Universidade Federal do Vale do São Francisco. Endereço eletrônico: enflucineide@hotmail.com.

OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo identificar elementos epidemiológicos que permitam compreender a Notificação Compulsória de Violências no pólo Petrolina/PE-Juazeiro/BA no período de 2009 a 2011.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo de cunho quantitativo. O estudo epidemiológico possibilita o conhecimento dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo a sua distribuição espacial e temporal, investiga as relações de causa-efeito e colabora para avaliação dos resultados de procedimentos terapêuticos e preventivos (COSTA; BARRETO, 2003).

O universo da pesquisa foi constituído pelas vítimas de violência interpessoal que buscaram atendimento em serviços de saúde e tiveram a sua situação notificada pelos profissionais nos municípios de Petrolina/PE e Juazeiro/BA, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011. Os dados foram obtidos na Vigilância Epidemiológica dos referidos municípios a partir da coleta no site DATASUS.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011 foram notificados no município de Juazeiro-BA 158 casos de violência, enquanto na cidade de Petrolina-PE neste mesmo período foram feitas 1958 notificações. Essa diferença pode ser explicada pelo fato dos profissionais de Petrolina estarem mais habituados em notificar casos de violência, uma vez que essa prática na cidade iniciou em 2007, enquanto que em Juazeiro, começou a ser notificada a partir de 2009.

No geral existe uma dificuldade dos profissionais de saúde em entender que o atendimento de casos de violência, vai além da assistência clínica, por não compreenderem que a notificação dá visibilidade ao problema e fornece subsídios para a construção de políticas públicas mais eficazes (SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010).

Nos registros realizados em Petrolina-PE, o número total de notificações difere entre uma variável e outra, comprometendo assim, o conhecimento do número real de notificações realizada no período estudado. Para maximizar o entendimento do leitor, foi preciso escolher a variável que apresentava um maior número de notificações e usar este valor como referência da totalidade de notificações nesses três anos. Nas variáveis em que o total de notificações era inferior, foi adicionado o número correspondente ao de registros restantes na categoria ignorado.

Apesar de terem ocorrido apenas 158 notificações em Juazeiro-BA, foi observado a ocorrência de 385 ações violentas, uma vez que algumas vítimas sofreram mais de um tipo de violência no mesmo episódio, sendo registrado em uma única ficha, as diferentes formas de violências sofridas. A violência psicológica foi a mais notificada representando 36,39% do total, seguida da violência física com 30,82% e da violência financeira e econômica com 10%.

Em Petrolina foram identificadas 2741 atitudes violentas em 1958 notificações, prevalecendo também a violência psicológica com 61,8%, seguida da violência física com 31,92% e, diferentemente de Juazeiro, a terceira violência mais relatada foi a sexual com 3,76%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo dá um importante passo na descrição dos aspectos relacionados à violência, porém abordou apenas os dados das vítimas, sendo interessante que as investigações posteriores realizem uma análise mais apurada, que inclua aspectos dos agressores e do atendimento prestado às vítimas. Tendo em vista que a violência possui características semelhantes em Petrolina-PE e Juazeiro-BA e em determinadas situações as suas populações são atendidas pelos mesmos serviços, uma vez que esses municípios integram a Rede interestadual de saúde do Vale do Médio São Francisco, conhecida como Rede PEBA (SAÚDE INTERESTADUAL, 2012), se propõe que essas cidades elaborem um plano conjunto de prevenção e enfrentamento da violência.

Ressalta-se ainda, a necessidade de se estabelecer um compromisso no que diz respeito à quantidade e qualidade das notificações realizadas nos serviços de saúde dessas cidades, para que a violência seja desnudada e as informações contribuam para o planejamento de ações institucionais eficazes.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Notificação Compulsória de abuso; Epidemiologia; Assistência integral à saúde; Redes de monitoramento (DeCS/BVS/MS).

REFERÊNCIAS

COSTA MFL, BARRETO SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**. 2003; 12(4): 189-201.

CRUZ SH, AZEVEDO MR, GONÇALVES H. Vitimização por violência urbana em uma cidade de médio porte do sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**. 2011; 14(1): 15-26.

DAY VP, TELLES LEB, ZORATTO, PH, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **R Psiquiatr RS**. 2003; 25 Suppl 1: 9-21.

MINAYO MCS. **Violência**: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. p. 9-42.

REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO. [site de internet]. [acesso em: 21 abr 2012]. Disponível em: <http://www.saudeinterestadual.org.br/>

SANTINON EP, GUALDA DMR, SILVA LCFP. **Violência contra a mulher**: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. *Âmbito Jurídico* [periódico na Internet]. 2010; [acesso em 2011 dez 13]; 74: [aproximadamente 4 p.].

Disponível em:

http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7499

VIEIRA I. **Gastos de saúde com vítimas de violência chegam a R\$ 4 bilhões ao ano**, afirma Conass 2008. [Acesso em: 26 fev 2012] Disponível em:

<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2008-02-28/gastos-de-saude-com-vitimas-de-violencia-chegam-r-4-bilhoes-ao-ano-afirma-conass>

VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL: DADOS DO CREAS - JEQUIÉ/BA

Loiamara Barreto Santos¹
Maria Nice Dutra de Oliveira²
Hellen Cordeiro Oliveira³
Elzo Pereira Pinto Junior⁴
Laisla Pires Dutra⁵
Sumaya Medeiros Botelho⁶

INTRODUÇÃO

Dentre os vários tipos de violência cometidos contra crianças e adolescentes, a violência sexual tem se destacado, pois é distinguida das demais por ser um tipo mais complexo, que provoca além de dano corporal e danos emocionais que afetam as partes mais íntimas do ser humano (BRASIL, 2005; OMS, 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a violência sexual é caracterizada como “qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles” (OMS, 2002).

OBJETIVO

O presente estudo objetivou verificar a frequência dos casos de crianças e adolescentes submetidos à violência sexual, atendidas no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), do município de Jequié, entre 2005 e 2011, buscando traçar o perfil da vítima e do agressor.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo epidemiológico descritivo, de corte transversal e caráter quantitativo, com total de 225 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes atendidos no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) – Jequié - BA, no período de 01 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2011.

¹Graduanda do IX Semestre do Curso de Bacharelado em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. lbsfisio@hotmail.com

²Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

³Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

⁴Graduado em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

⁵Graduada em Fisioterapia pela Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC.

⁶Mestre em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

A idade das vítimas variou entre zero a 18 anos completos, sendo categorizadas segundo critério estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Título I, Artigo 2º) (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1993).

Foram utilizados dados secundários, utilizando os prontuários, com base em um protocolo de investigação pré-estabelecido. Foi considerada também, a classificação dos diferentes tipos de abuso sexual, que possui duas grandes categorias: intrafamiliar ou extrafamiliar, podendo ocorrer ainda com ou sem contato físico, subdividido em: abuso sexual verbal; exibicionismo; voyeurismo; estupro; atentado violento ao pudor; incesto e assédio sexual (ABRAPIA, 2002).

Os dados foram processados no Programa Microsoft Excel *for Windows 2007*® e também verificados os registros para evitar a ocorrência de erros sistemáticos e aleatórios. Analisou-se o tipo de violência segundo faixa etária, utilizando como medida de significância estatística o teste Qui-Quadrado de Pearson, adotando p-valor < 0,05.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP/UESB, sob o protocolo nº145/2011 (CAAE: 0124.0.454.000-11), conforme Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

RESULTADOS

De acordo com os registros do CREAS/Jequié-BA, no período de 2005 a 2011, foram contabilizados 255 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. O ano de 2005 foi marcado por maior número de ocorrências de violência sexual (29%), seguido de 22,7% em 2006, 14,5%, em 2007, nos demais anos houve uma menor ocorrência.

Dos casos analisados, 84,3% das vítimas era do sexo feminino e 15,7% sexo masculino. Quanto ao início do abuso, constatou-se que a faixa etária predominante foi entre 0 e 11 anos de idade (58,8%). Em relação à etnia, o estudo mostrou predominância da raça parda, com 46,5% dos casos registrados. Quanto ao nível de escolaridade, foi constatado que as crianças e os adolescentes em sua maioria frequentavam a escola regularmente (89,4%), distribuída entre 1º e 2º grau e a evasão escolar foi de 4,4%.

Os tipos mais frequentes da violência foram o abuso sexual (78,8%), seguindo da exploração sexual (11,4%) e estupro (8,6%). O local de ocorrência das agressões em 52,5% dos casos foi no domicílio, seguido de locais públicos (11,8%) e outros locais (9,8%).

A comprovação da violência sexual foi possível em 72,2% dos casos, sendo que as demais denúncias puderam, no máximo, ser consideradas como suspeita ou muito suspeita (27,8%). Com relação à frequência com que as agressões ocorreram, foi possível comprovar que 43,1% da violência sexual aconteceram três ou mais vezes.

No tocante ao vínculo do agressor com a vítima, foi possível identificar que os conhecidos foram os principais responsáveis pela maioria das agressões sexuais (59,2%), seguido pelos familiares (19,6%) e por desconhecidos (17,3%). Sendo destacado que dentre os familiares, o padrasto e o pai foram os principais responsáveis pela violência sexual encontrada nos registros.

Os achados do presente estudo apontaram o sexo masculino como predominante nas agressões sexuais (91,8%), com relação às denúncias foi verificado que os familiares registraram os maiores números de denúncias (76,5%).

Quanto ao tipo de violência segundo faixa etária, observou-se que indivíduos com idade até 11 anos sofreram mais o abuso sexual (88,7%), assim como indivíduos na faixa etária de 12-18 anos sofreram mais exploração sexual (23,8%) de forma estatisticamente significativa ($p < 0,00$). Quanto ao estupro, não se observou associação estatística entre ser vítima deste tipo de violência e a faixa etária específica.

CONCLUSÕES

Os dados apresentados evidenciaram que as crianças do sexo feminino são as que mais sofreram com a violência sexual, sendo esta praticada por indivíduos do sexo masculino que mantém vínculo com a família, ou possui laços consanguíneos, e o local de maior ocorrência foi na residência. No entanto, sabe-se que a real prevalência da violência sexual ainda é pouco conhecida e o índice de subnotificação seja elevado.

A agressão sexual é um crime cada vez mais prevalente, acometendo milhares de pessoas em todo o mundo. Dessa forma, percebemos a necessidade de novo olhar direcionado às políticas públicas sobre a temática, promovendo formas de prevenção e enfrentamento, criando estratégias quanto à realidade local e investindo principalmente, na capacitação dos profissionais de saúde e de educação que estão vinculados direta e indiretamente aos grupos considerados vulneráveis.

Palavras-chave: Violência Sexual, Criança, Adolescente.

REFERÊNCIAS

ABRAPIA, ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. **Abuso sexual: Mitos e Realidade**. Por quê?! Quem?! Como?! O quê?! 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Autores & Agentes & Associados; 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Lei nº 8.069. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério do Bem-Estar Social; 1993.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. OMS: Genebra; 2002.

SILVA JV; Oliveira MND de. **Perfil da violência infanto-juvenil no município de Jequié-BA – Monografia**. Jequié, Bahia. Universidade Estadual do Estado da Bahia; 2008.

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO: UM RELATO DE ACOLHIMENTO E ACONSELHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UM CONSELHO TUTELAR NO INTERIOR DA BAHIA

Jamília Brito Gomes¹
Máya Ribeiro²

INTRODUÇÃO

Segundo o artigo 131 do estatuto da criança e do adolescente, “o conselho tutelar é um órgão permanente e autônomo, não-judicial, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta lei” e recebe crianças e adolescentes com casos de exploração, violência, negligência, discriminação, crueldade e opressão. Ao receber uma denúncia deste tipo o conselho tutelar inicia um acompanhamento do caso até uma melhor maneira de resolvê-lo.

Este conselho passou a funcionar, efetivamente, em Vitória da conquista a partir de 1997, com a posse dos primeiros conselheiros eleitos. Cabem aqui alguns esclarecimentos sobre o funcionamento desta instituição. Trata-se de uma equipe composta por: uma presidente; uma secretária; e três conselheiras. Esta atual direção cumpre o objetivo de acompanhar os casos de denúncias e ataques contra os direitos das crianças e adolescentes em situação de risco social no município. Neste acompanhamento é feita investigações e quando necessário é feito encaminhamento para órgãos competentes para auxiliar no trabalho de acompanhamento. A escuta é feita por conselheiras que recebem as pessoas que realizam a denúncia, seja genitores, padrastos, vizinhos, e outros. Além disso, é solicitado o comparecimento da criança ou adolescente envolvido e que muitas vezes encontram-se em condições vulneráveis.

Sabe-se que muitas crianças crescem e se desenvolvem em contextos de ameaça à sua saúde psicológica e ao enfrentar situações de stress e risco no seu cotidiano, podem apresentar problemas emocionais tornando vulneráveis. (CECCONELLO e KOLLER, 2000). Contudo, observa-se que nem todas as crianças e adolescentes que vivenciam essas situações apresentam problema, mas muitas delas conseguem adaptar-se e superar essas questões, essas são chamadas crianças resilientes. Pessoas que são expostas a situações de risco que não desenvolvem a capacidade de resiliência são vistas como mais vulneráveis a estes eventos.

A psicologia tem buscado compreender e discutir essas demandas principalmente por meio do conceito de resiliência. O psicólogo, que tem entre suas atividades realizar um acolhimento pode ser membro fundamental no trabalho com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Neste sentido faz necessário realizar escuta e aconselhamento, visando um suporte emocional, bem como realizar um acolhimento garantindo o respeito pelo sigilo profissional, buscando proteger através da confidencialidade o relato pessoal de cada paciente. Além disso, torna-se indispensável a promoção da resiliência durante o processo de escuta e aconselhamento e realizar encaminhamentos a depender da necessidade para os serviços de Psicologia existentes na cidade.

¹Psicóloga, colaboradora do Laboratório de Avaliação das diferenças individuais – LADI-Ba da Faculdade Juvêncio Terra. E-mail: jamiliacat@gmail.com

²Professora Mestre da Faculdade de Tecnologia e Ciência – FTC e Faculdade Juvêncio Terra

OBJETIVO

Realizar acolhimento, aconselhamento e promover o desenvolvimento de resiliência às crianças e adolescentes em situação de risco, atendidos pelo conselho tutelar, na cidade de Vitória da Conquista, interior da Bahia.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo foi realizado em uma Unidade do Conselho Tutelar. Este Conselho Tutelar em Vitória da conquista, no interior da Bahia.

Participaram deste estudo seis crianças, quatro do sexo feminino, um do sexo masculino e um adolescente do sexo feminino, sendo todos encaminhados pelo Conselho Tutelar.

Para o referido estudo foi utilizado protocolo de registro de atendimento cujo objetivo é armazenar e organizar informações coletadas durante atendimento.

Quanto aos procedimentos, esta intervenção foi feita a partir de atendimentos individuais. Durante o processo de intervenção foi utilizado acolhimento, escuta, aconselhamento individual com uma devolutiva para os responsáveis pelos pacientes e encaminhamento a depender da necessidade para os serviços de Psicologia da clínica escola. Destes seis pacientes, apenas um deles foi encaminhado ao serviço de psicologia devido uma mudança de comportamento e pelo fato de necessitar de um acompanhamento psicoterápico que é disponibilizado pelos estagiários de clínica escola. Dessa forma realizou-se somente um encaminhamento, e os demais pacientes foram atendidos realizando-se uma escuta e aconselhamento, concluindo assim os atendimentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a realização deste trabalho, teórico e prático, identificou-se que a atividade desenvolvida pelo conselho tutelar se resume em acompanhar os casos de denúncias e ataques contra os direitos das crianças e adolescentes em situação de risco social e a partir daí surge à necessidade de um acompanhamento psicológico.

A fim de realizar acompanhamento psicológico, foram encaminhados pelo conselho tutelar os casos com as seguintes queixas: Manifestações externalizantes (comportamento de birra, faltando às aulas), comportamento de agressividade das crianças e de alguns familiares para com eles, dificuldade de aprendizagem, suspeita de abuso por parte do genitor, abandono de genitora, separação de pais devido traições de um dos conjuges, maus-tratos e negligência familiar. Neste sentido foram realizadas as seguintes intervenções: Acolhimento, escuta, aconselhamento e orientações, visando promover uma ampliação do repertório destas crianças e adolescentes que se encontravam em situação de vulnerabilidade e sofrimento emocional. Também buscou-se trabalhar treino de habilidades sociais, criação de novas estratégias adaptativas, estratégia de resolução de problemas, orientações referente a tomada de decisão, visando aumentar os recursos pessoais para lidar com as situações adversas. Também foram realizados dois encaminhamentos dos casos atendidos para clínica escola para realização de psicoterapia.

CONCLUSÃO

Neste sentido verificou-se que o profissional de psicologia possui fundamental importância no desenvolvimento deste trabalho, pois o mesmo irá contribuir nesta atuação intervinda de formas variadas a depender da necessidade, entre elas, promovendo um acolhimento, realizando uma escuta, aconselhamento e encaminhamento quando necessário, já que foram os objetivos primordiais no desenvolvimento desta intervenção. Sendo assim, este profissional através de suas intervenções passa a gerar qualidade de vida, condições de saúde e condições de um desenvolvimento com qualidade para essas crianças e adolescentes inseridas neste contexto de frequente vulnerabilidade o que tem gerado todo esse sofrimento emocional conforme citado acima.

Contudo, pode-se afirmar que é um campo de atuação de grande responsabilidade, multideterminações e um grande desafio para os profissionais envolvidos nestas temáticas.

Palavras-chave: Acolhimento, aconselhamento, crianças, adolescentes e resiliência.

REFERÊNCIAS

BOCK, Ana Mercês Bahia. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**, Brasília, Agosto de 2005, XIII Plenário do Conselho Federal de Psicologia.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei n .8.069, de 13 de junho de 1990.

FELDMAN, Clara e MIRANDA, Márcio Lúcio. **Construindo a Relação de Ajuda**. 12 ed. Belo Horizonte: Crescer, 2001.
Educar em revista. Curitiba. N. 15 (1999), p. 67-71

PINHEIRO, D. P. N. **A resiliência em discussão**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a09.pdf>. Acesso em [23/11/2009](http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a09.pdf).

O ACOLHIMENTO PRESTADO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Ivone Gonçalves Nery¹
Valeria Alves da Silva Nery²
Thalita Felix Nolasco³
Diego Micael Barreto Andrade⁴
Thainara Araújo Franklin⁵
Valeria dos Santos Ribeiro⁶

INTRODUÇÃO

A violência infantil é considerada um problema sério em saúde, e suas consequências atingem não só as crianças, como também sua família e a sociedade. Sabe-se que a intensidade dessa agressão não tem como ser medida ou quantificada, nem é possível se determinar as seqüelas que ela deixou. No entanto, é de suma importância se considerar a extrema capacidade que as crianças e adolescentes têm de se recuperar, quando lhes é dada uma oportunidade de vida com respeito e afeto. O abrigo em instituição é uma das medidas de proteção aos direitos de crianças e adolescentes estabelecidas no artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e o acolhimento nesses abrigos tem que trazer na sua essência alguns princípios que irão consolidar a garantia de direitos das crianças.

OBJETIVO

Esta pesquisa tem como objetivo geral: Conhecer os métodos adotados pelos funcionários de uma Instituição Governamental para acolherem crianças vítimas de violência. Para alcançá-lo, traçamos como objetivos específicos: Conhecer a concepção dos funcionários acerca da importância do acolhimento para as crianças vítimas de violência; Descrever os métodos utilizados pelos funcionários da instituição para minimizar o impacto da violência vivenciada pelas crianças institucionalizadas; Identificar a influência dos métodos adotados pelos funcionários sobre a qualidade de vida das crianças.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa e caráter descritivo-exploratória, realizada numa Instituição Governamental do município de Jequié-Ba. Teve como informantes 10 funcionários que trabalham na referida instituição. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado. Para a análise dos resultados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin. A pesquisa foi aprovada a partir da aprovação da mesma pelo comitê de Ética da UESB, sob o parecer 95/2010.

¹Docente do Curso de Enfermagem da UESB.

²Docente do Curso de Enfermagem da UESB.

³do curso de Enfermagem da UESB.

⁴Discente do curso de Enfermagem da UESB. diego_dmba@hotmail.com

⁵ Discente do curso de Enfermagem da UESB.

⁶ Discente do curso de Enfermagem da UESB.

RESULTADOS

Verificou-se a necessidade de um acompanhamento nas instituições de abrigo embasadas num acolhimento humanizado capaz de atender as necessidades básicas emocionais e biológicas dos menores institucionalizados levando em consideração a história de vida de cada um. Quanto a ideia de acolhimento, os informantes demonstraram entender o significado do mesmo, como sendo o de adotar a criança durante todo o momento em que ela se encontra na instituição, utilizando-se de proteção, amor, carinho, respeito e exemplos de comportamentos. Desta forma, os funcionários remetem ao acolhimento como sendo: o cuidar, o zelar, o amor, o carinho, o apoio, bem como o tratamento humanizado, à medida que procuram fazer o máximo para que as crianças sejam bem recebidas, e as acolhem como se fossem seus próprios filhos. Sendo a instituição designada por lei como a responsável pela guarda das crianças, cabe a ela dispensar a esse grupo social o acesso aos direitos, conferindo a este um tratamento e um lar apto a um desenvolvimento sadio, diferente da realidade anteriormente vivenciada por cada um, dentro de um novo contexto familiar. Apesar de o abrigo garantir a proteção e segurança da criança e do adolescente, é pertinente ressaltar que a institucionalização existe como medida provisória de albergar esses seres que se encontram desprotegidos. Deve-se somar a este ambiente propício ao desenvolvimento infantil a importância da relação estabelecida entre a criança institucionalizada, as demais crianças e os funcionários do abrigo, no intuito de se firmar uma identidade. Outro aspecto importante é que o apego é a base para a identificação e a determinação de relações duradouras e mútuas, que são a base para a formação de uma rede de apoio social. Faz-se necessário considerar que é fundamental que o funcionário do abrigo infantil tenha sempre presente em sua atividade cuidadora o seu papel de educador, oportunizando para a criança um outro modelo de relacionamento. Os abrigos constituem-se em um recurso para o atendimento à criança em risco e compõem a rede de apoio social, a qual origina-se das relações de apego iniciais da criança e da disponibilidade dos cuidadores em atender às necessidades dela. Tal rede corresponde à oportunidade de aprofundamento dos relacionamentos, permitindo que a criança obtenha melhores condições para seu desenvolvimento, tornando-se, dessa forma, uma criança resiliente, ou seja, capaz de enfrentar as situações adversas, ajustando-se a elas com mais facilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abrigo infantil, ainda que seja provisório, é visto como uma importante medida de proteção social à infância vulnerável às diversas formas de violência e demais violações dos seus direitos. Ao se realizar o acolhimento nessas instituições, deve-se ter em mente a prevenção e a minimização dos riscos e limites colocados ao desenvolvimento da criança privada do convívio familiar. No entanto, a proteção desta criança encontra-se ameaçada no que diz respeito ao período de permanência desta no abrigo, uma vez que ao completar 12 anos ela não pode mais permanecer no local, e não havendo adoção nem a possibilidade de restituição da família esta criança não tem para onde ir, tendo que permanecer na instituição com um futuro incerto, além contribuir para o aumento do número de abrigados, e algumas vezes até ultrapassá-lo. Percebemos a relevância desse estudo para a vida dos acadêmicos e profissionais da área de saúde e de educação, bem como o desafio e o compromisso dos mesmos no atendimento e acolhimento prestado às crianças institucionalizadas vítimas de violência, atentando para o significado e influência deste acolhimento na formação da identidade e melhoria da qualidade de vidas dessas crianças.

Palavras-chave: Acolhimento. Violência. Saúde da criança institucionalizada.

REFERÊNCIAS:

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Disponível em: <<http://www.unb.br/fs/clm/labcor/etic196.htm>>. Acesso em: 26 Abr. 2009.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA nº 8. Série A — **Normas e Manuais Técnicos; nº 131.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

COMITÉ DE FAMILIA Y SALUD MENTAL. **Maltrato físico: un problema de salud que nos involucra.** Arch Argent Pediatr. 2003;101:64-72.

COSTA, Nina Rosa do Amaral; ROSSETTI-FERREIRA, Maria Clotilde. **Acolhimento familiar: uma alternativa de proteção para crianças e adolescentes.** Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 22, n. 1, 2009 .

DELL'AGLIO, D. D. **O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes.** Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

ECA - **Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.06 de 13.07.90.**

FERREIRA, Ana L. **Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra.** J. Pediatr. (Rio J.) vol.81 no.5 suppl.0 Porto Alegre Nov. 2005.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUA INTERFACE NO ACESSO DOS TRABALHADORES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Juliana da Silva Oliveira¹
Flavia Pedro dos Anjos Santos²
Fernanda Karina Boeno Oliveira³
Simone da Silva Franco Amorim⁴
Elano Frederick Andrade Arruda⁵
Carlos Alberto Dácio⁶

INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil era um benefício previdenciário ou um bem de serviço comprado na forma de assistência médica ou, ainda, prestada à população carente através de hospitais filantrópicos. Portanto, a atenção era prestada apenas aos trabalhadores que estavam inseridos formalmente no mercado de trabalho, o que restringia o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde (BAHIA, 2002).

Com a promulgação da Constituição do Brasil, em 1988, as ações de Saúde do Trabalhador passaram a ser competência do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 a atuação do SUS na área de Saúde do Trabalhador passou a ser entendida como um conjunto de atividades que se destinam à promoção e proteção à saúde dos trabalhadores, bem como a recuperação e reabilitação daqueles submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BAHIA, 2002). Assim, o acesso dos trabalhadores inseridos no mercado formal e informal foi legitimado como responsabilidade do SUS.

Em 1991, surgem os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que se configuraram em estratégia para potencializar e facilitar o diálogo com o movimento social bem como capacitar os profissionais de saúde (DIAS; HOEFEL, 2005). Contudo, essa estratégia não foi suficiente para incorporar no SUS o papel do ‘trabalho’ na determinação do processo saúde-doença dos trabalhadores (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

Para assegurar o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, torna-se necessário a elaboração de intervenções que aprimorem a capacidade resolutiva dos profissionais que atuam no SUS com a finalidade de minimizar os agravos de saúde provocados por doenças e acidentes do trabalho e realizar ações educativas que permitam o acesso dos trabalhadores ao cuidado à sua saúde.

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). E-mail: juli.silva.oliveira@gmail.com

²Enfermeira. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem UESB.

³Assistente Social do Hospital Geral Prado Valadares.

⁴Psicóloga do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Jequié-BA.

⁵Médico do Trabalho. Hospital Geral Prado Valadares

⁶Fisioterapeuta do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Jequié-BA.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo relatar a experiência de ações de educação em saúde desenvolvida pela equipe multiprofissional do CEREST do município de Jequié-Bahia.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência da capacitação em Saúde do Trabalhador realizada com dezoito Equipes de Saúde da Família (ESF), quatro Centros de Saúde e sete equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O planejamento da capacitação ocorreu a partir de reuniões com a equipe do CEREST e a Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais da equipe do CEREST atuaram como facilitadores da capacitação e buscaram refletir sobre as práticas dos profissionais, a partir da exposição dialogada e discussão em grupo, nas quais buscaram identificar mecanismos para assegurar o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde.

A capacitação foi estruturada em três etapas, no intuito de contemplar as especificidades dos profissionais que atuam em diferentes espaços da Rede Básica. Desse modo, o público-alvo da 1ª etapa foram os médicos e enfermeiras das ESF, enfermeiras coordenadoras dos centros de saúde e do PACS, profissionais da Vigilância Sanitária e docentes de Instituições de Ensino Superior (IES), com duração de 20 horas. A 2ª etapa foi direcionada aos Agentes Comunitários de Saúde do PACS e ESF, com carga horária de 16 horas. A 3ª etapa foi direcionada para os profissionais da área administrativa das Unidades de Saúde e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, com duração de 16 horas.

RESULTADOS

A capacitação em Saúde do Trabalhador para os profissionais que atuam na Rede Básica foi uma estratégia utilizada pela equipe do CEREST de Jequié-Bahia para legitimar este Centro de Referência como locus de diagnóstico e estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho, uma vez que a maioria dos trabalhadores que procuravam este CEREST não era referenciada pelas Unidades de Saúde, gerando uma inversão na lógica da porta de entrada do Sistema de Saúde.

No contexto do SUS, o CEREST deixa de ser a porta de entrada do Sistema e deve suscitar articulação intra e intersetorialmente, por meio de suporte técnico e científico às ações de assistência e vigilância da saúde do trabalhador, propiciando ações de educação permanente dos profissionais e técnicos da rede do SUS (DIAS; HOEFEL, 2005).

Assim, esta capacitação também buscou fortalecer as ações de Saúde do Trabalhador e ampliar o olhar dos profissionais em relação ao processo de saúde-doença, para mobilizá-los quanto a importância de perceberem o trabalho como fator determinante no adoecimento dos usuários e dos trabalhadores de saúde. Portanto, durante a capacitação a equipe do CEREST buscou explicitar o fluxo de atendimento dos usuários com suspeita de doença relacionada ao trabalho, dando ênfase na importância das ESF e Centros de Saúde notificar as doenças relacionadas ao trabalho, medidas de prevenção dos acidentes e doenças do trabalho, noções previdenciárias além de evidenciar que o trabalho pode ser fator de adoecimento para os profissionais de saúde.

Ao final de cada etapa da Capacitação foram fornecidos materiais didáticos para as Unidades de Saúde e IES com o intuito de subsidiar a prática dos profissionais de saúde e estimular pesquisas na área de Saúde do Trabalhador.

CONCLUSÃO

Acreditamos que esta ação de educação em saúde se configurou em estratégia de fortalecimento do acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde bem como minimizou a escolha equivocada da porta de entrada do SUS, uma vez que após a realização da referida capacitação, as ESF iniciaram a implementação do sistema de referência e contra-referência entre ESF e CEREST, alguns profissionais de saúde buscaram o CEREST para atendimento no que se refere a acidentes de trabalho, houve o início de notificações de doenças relacionadas ao trabalho pelas ESF e constatou-se uma maior procura de discentes e docentes das IES para a realização de pesquisas na área de Saúde do Trabalhador.

Podemos afirmar também que o CEREST- Jequié potencializou seu caráter de suporte técnico-científico para as unidades de saúde, o que contribuiu para o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde.

DESCRITORES: Saúde do Trabalhador; educação em saúde; acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde do Trabalhador:** Cadernos de Atenção Básica nº 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-28, out./dez. 2005.

HOEFEL, Maria da Graça; DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Jandira Maciel. A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: BRASIL. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: “Trabalhar Sim! Adoecer, Não!”** coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS

Juliana da Silva Oliveira¹
Priscila Meira Mascarenhas Padre²
Vanda Palmarella Rodrigues³
Flavia Pedro dos Anjos Santos⁴
Jair Magalhães da Silva⁵

INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de saúde, por nível de atenção de acordo com a complexidade dos serviços ofertados, deve levar em consideração que cada vez que um novo atendimento for necessário para resolver as necessidades e/ou problemas de saúde do usuário, constitui-se na ‘porta de entrada’ que deve ser de fácil acesso em qualquer nível de atenção (STARFIELD, 2002). No entanto, tem se tornado cada vez mais comum a superlotação dos serviços de urgência/emergência com pessoas que buscam uma assistência que deveria ser ofertada pela atenção básica. Além disso, a desinformação sobre as responsabilidades de cada serviço assistencial e da organização dos mesmos, parece afetar a funcionalidade do sistema, contribuindo para sua baixa resolutividade frente as necessidade de saúde da população.

No que se refere à organização do Sistema Único de Saúde (SUS) percebemos que a inversão da porta de entrada do sistema, se configura em entrave para a consolidação do SUS bem como da proposta assistencial de Vigilância em Saúde, visto que esta tem como base de atuação a atenção básica, que busca estabelecer o cuidado integral. Em contrapartida, o acesso, para Abreu de Jesus e Assis (2010), deve ir além desta noção de porta de entrada e numa perspectiva mais ampliada se configurar em dispositivo que permita a transformação da realidade, pois o acesso universal aos usuários preconizados pelo SUS só se concretiza a partir da consciência de cidadania que deve ser incorporada nos usuários para conquistá-lo como direito social.

Nessa perspectiva, o usuário, a cada momento que tiver a necessidade de procurar a unidade de saúde, seja por novo evento de saúde seja por um novo episódio de um mesmo evento, esta unidade deve ser de fácil acesso. Desse modo, o acesso pressupõe que o usuário ao adentrar a unidade de saúde possa encontrar dispositivos para que se sinta acolhido, seja tratado com respeito e atenção, com o compromisso de resolução do que o motivou a procurá-la.

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). E-mail: juli.silva.oliveira@gmail.com

²Enfermeira de Unidade de Saúde da Família de Itabuna, Bahia.

³Enfermeira. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/Campus de Jequié, Bahia.

⁴Enfermeira. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB / Campus de Jequié, Bahia.

⁵Enfermeiro. Professor Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB/campus de Jequié, Bahia.

OBJETIVO

O estudo tem como objetivo descrever a acessibilidade dos usuários de um serviço de urgência-emergência à rede básica de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado com 20 usuários que procuraram o serviço de emergência de um hospital público do interior da Bahia para atendimento clínico, por não conseguirem atendimento nas Unidades Básicas de Saúde do município. Para coleta de dados utilizamos a entrevista semiestruturada após receber aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o protocolo nº 112/2006. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo.

RESULTADOS

O estudo evidenciou que a acessibilidade dos usuários à rede básica de saúde apresenta-se fragmentada, uma vez que os entrevistados encontraram dificuldade de acesso aos serviços de saúde da rede básica, apontando que os serviços ofertados não contemplam as demandas trazidas pelos usuários. Embora seja sinalizada a procura pela unidade de saúde, os entrevistados relataram que não conseguiam a resolução para as necessidades e/ou problemas de saúde apresentadas.

O estudo também apontou para dificuldades de acesso organizacional e econômico. Para Travassos e Viacava (2007), diversos aspectos interferem significativamente no acesso dos usuários aos serviços de saúde, entre os quais se destacam as variáveis de natureza econômica e social. No estudo, a dificuldade de acesso organizacional, se refere ao número insuficiente de recursos humanos, levando muitas vezes a um longo período de espera por parte dos usuários para serem atendidos, ou ainda pode ser explicado pela dificuldade de referência para outros serviços, quando se fizer necessário.

Quanto à acessibilidade de ordem econômica, pode ser caracterizada pela escassez de recursos disponíveis na rede de atendimento, a exemplo da dificuldade de marcação de consultas e da quantidade reduzida de fichas para marcação de exames, distribuídas mensalmente, o que acarreta em ônus para os usuários dos serviços, que têm que se deslocar diversas vezes a fim de obter o atendimento, levando muitas vezes a prejuízos por perda de dias de trabalho. Diante do exposto, observa-se que a dificuldade de acesso, tanto organizacional, quanto econômica, traz diversos problemas aos usuários, além de comprometer a qualidade dos serviços ofertados pelo SUS.

Outra consequência da dificuldade de acesso à rede de atenção básica é a sobrecarga nos pronto-socorros, uma vez que as unidades básicas não conseguem assegurar o acesso aos serviços de saúde, o que leva os usuários a procurar por atendimento na unidade hospitalar, gerando demora e insatisfação da população. Nesse sentido, para consolidar o cuidado integral à saúde das pessoas de acordo com as atribuições estabelecidas em cada nível de atenção e com um fluxo ordenado de usuários, é preciso que o sistema de referência e contra-referência seja organizado em função do grau de necessidade de cada usuário, com base no nível de complexidade da rede (ASSIS et al., 2010). Assim, a busca pela integralidade da atenção perpassa pela garantia da continuidade do cuidado, a fim de possibilitar que o usuário possa ter acesso em todos os níveis de atenção.

CONCLUSÃO

A realidade assistencial identificada no cenário do estudo parece apontar para prejuízos à saúde dos usuários, uma vez que além de tornar ineficaz alguns serviços que seriam primordiais para a organização do SUS, elevam os gastos com a saúde, pois os usuários estão utilizando os serviços de média complexidade como porta de entrada para o sistema, quando se tratam de serviços que deveriam ser utilizados como referência por outros, tornando, dessa forma, os recursos escassos e insuficientes para atender os problemas e/ou necessidades de saúde apresentadas pela população.

Assim, torna-se necessário assegurar ao usuário o acesso aos serviços de saúde em seus diferentes níveis da atenção para que se consiga superar a fragmentação do cuidado, que por muitas vezes se faz presente no cotidiano das Unidades de Saúde, com o propósito de oferecer atenção integral à saúde dos usuários.

DESCRITORES: Sistema Único de Saúde; Serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU DE JESUS, Washington Luiz; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 161-170, jan. 2010.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. (Orgs.). **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EdUFBA, 2010.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

CENSO HOSPITALAR DIÁRIO: FERRAMENTAS DE GESTÃO HOSPITALAR NAS UNIDADES DE PRODUÇÃO

Meirinha Alves Domingos¹
Liane Oliveira Souza Gomes²

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar é uma importante fonte de informação sobre os problemas de saúde, pois possibilita o acompanhamento do perfil de morbimortalidade da população atendida e contribui para o planejamento, organização e operacionalização das ações de saúde. A necessidade de obtenção de dados confiáveis sobre a utilização de leitos hospitalares no Brasil faz necessário mediante a necessidade de melhoria da qualidade assistencial nos hospitais. Os indicadores hospitalares gerados com dados coletados nas unidades de produção mostram a realidade da instituição em estudo e seu desempenho em relação aos parâmetros do Ministério da Saúde (MS), podendo nortear um leque de estratégias para a melhoria da assistência à saúde. O esforço conjunto das equipes de produção e gestores em um único objetivo faz suprimir muitos obstáculos, que poderiam maquiagem a realidade dos dados, que ao longo do tempo, com o fortalecimento das relações de trabalho pode-se gerar bom frutos, como os indicadores que ora foram explícitos neste trabalho. Neste sentido, a importância do censo hospitalar para gerar indicadores fez gerar inquietações acerca dos problemas advindos para validação dos dados, assim este trabalho se justifica pela possibilidade de avaliar os indicadores e permitir seu monitoramento refletindo a realidade assistencial de uma instituição hospitalar.

OBJETIVOS

Este estudo teve os seguintes objetivos: conhecer os indicadores hospitalares do censo hospitalar diário nas unidades de produção em um hospital geral do interior da Bahia no período de janeiro a dezembro de 2011. E os objetivos específicos: analisar os indicadores hospitalares do censo hospitalar diário nas unidades de produção em um hospital geral do interior da Bahia, no período de janeiro a dezembro de 2011 e averiguar a predominância do tipo de indicadores hospitalares por unidade de produção em um hospital geral do interior da Bahia no período de janeiro a dezembro de 2011.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva. O cenário do estudo foi um hospital público do interior da Bahia.

¹Enfermeira. Especialista em Gestão Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde. E-mail: mei2dom@gmail.com

²Enfermeira. Orientadora do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde. Mestre em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

A coleta dos dados foi realizada em planilhas do censo hospitalar diário desta instituição, onde foram coletados apenas alguns indicadores hospitalares como: Tempo Médio de Permanência (TMP), Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH), Taxa de Mortalidade Institucional (TMI) e Taxa de Infecção Hospitalar (TIH). A pesquisa ainda enquanto projeto foi atendida a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os dados foram organizados em gráficos e tabelas e posteriormente foram analisados.

RESULTADOS

Em relação ao Tempo Médio de Permanência (TMP) por unidade de produção a Clínica Psiquiátrica (PSQ) apresentou o maior tempo de hospitalização do paciente com 14,70 dias de permanência, seguida da Clínica Neurociências (NEU) com o tempo de hospitalização do paciente de 10,85 dias. Quanto a Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) a Clínica Médica (CM) mantém a maior taxa com 96,75%, seguida da NEU com a TOH de 90,93% e posteriormente a Clínica Cirúrgica com a taxa de 90,8%. Conforme a Portaria N.º 1101/GM, do Ministério da Saúde (MS) de 12 de junho de 2002, a necessidade de leitos hospitalares totais é de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes. Entretanto, o hospital em estudo é referência para 600 mil habitantes na regional e possui atualmente cerca de 142 leitos instalados segundo o *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde* (CNES), sendo que a taxa de ocupação real ultrapassa a média do Brasil, visto que os demais serviços credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS) na microrregião onde está inserido o hospital, não suprem a necessidade de internação e a pactuação realizada anualmente, deixando um déficit de oferta de leito, além de outras causas como a fragilidade da rede assistencial e a baixa adesão aos protocolos de regulação de pacientes, gerando comprometimento do serviço ofertado. Quando avaliamos a Taxa de Mortalidade Institucional (TMI) por unidade de produção a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresentou a maior taxa com 25,90% seguida da Clínica Médica (CM) com a taxa de (8,2%). Entretanto esses dados são compatíveis com os autores Martins e Blais (2004), onde os mesmos referiram sobre um estudo realizado sobre a mortalidade hospitalar em hospitais da região de Ribeirão Preto e São Paulo, no período entre janeiro de 1996 e dezembro de 1998 revelando que a taxa de mortalidade foi de 10,4%, variando, segundo os hospitais, de 3,1% a 15,9%. Ainda neste estudo a taxa bruta de mortalidade foi de 14,7% nos hospitais públicos e de 9,3% nos privados. A chance de morrer dos pacientes nos hospitais públicos foi superior a dos pacientes dos hospitais privados. Na TIH a unidade de produção com a maior incidência foi a da UTI com 31,35% no período em estudo. Posteriormente encontramos uma TIH na NEU com uma média de 8% ao ano. Entendemos que a infecção hospitalar é um dos principais indicadores de qualidade da assistência oferecida em um hospital por possibilitar agregar diversas variáveis que envolvem o cuidado (técnicas, terapêuticas e distribuição espacial) em uma instituição de saúde. Assim, mediante esses resultados identificamos a necessidade de diminuição da infecção hospitalar nos pacientes nestas unidades de produção.

CONCLUSÕES

Enfim, este estudo evidenciou que o censo hospitalar diário, retrata a realidade da instituição através de indicadores que podem e devem ser adotados como parâmetro para nortear o planejamento da gestão em busca da melhoria e do avanço na qualidade da assistência prestada aos usuários e nas relações de trabalho. Assim, faz-se necessário o acompanhamento destes indicadores hospitalares, bem como a avaliação rigorosa de seu

cumprimento e a análise crítica sob a ótica da realidade assistencial e da gestão hospitalar para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes e principalmente a melhoria dos indicadores hospitalares.

PALAVRAS-CHAVES: administração hospitalar, gestão em saúde; unidades hospitalares.

REFERÊNCIAS:

BITTENCOURT, José Roberto; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Caderno saúde pública**. v. 25, n.7, Rio de Janeiro, Julho, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 312, de 02 de Maio de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, **Portaria N.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MARTINS, Mônica; BLAIS, Régis; LEITE, Iuri da Costa. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno saúde pública**. Rio de Janeiro, 20 Sup, n. 2, p.268-282, 2004.

A ARTICULAÇÃO ENTRE O ENSINO E AS USUÁRIAS CADASTRADAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Bárbara Vânia Santos de Oliveira¹

Eliane Fonseca Linhares²

Zulmerinda Oliveira Meira³

Joana Angélica Andrade Dias⁴

Aline Vieira Simões⁵

INTRODUÇÃO

O coto umbilical é uma ferida cirúrgica universal; o mesmo é revestido pelo âmnio funicular e contém além de outras substâncias geléia Wharton, veia e artérias umbilicais. Desse modo, a puérpera, e demais cuidadores de Recém-nascido(RN) devem-se atentar para o cuidado desta estrutura, para evitar a ocorrência de risco, danos e agravos a saúde do RN. Segundo Zugaib (2008), desenvolvendo o cuidado correto ao coto umbilical, pode-se evitar as onfalites, que tem como agentes etiológicos os estreptococos dos grupos A e B, os estafilococos e os bacilos gram-negativos, que podem alcançar órgãos nobres do RN, por meio dos vasos umbilicais. Declara Linhares (2000), que o processo de cicatrização do coto, constitui-se em três fases: após o nascimento do feto, o coto possui aspecto gelatinoso, úmido e brilhante; a desidratação, ocorre após alguns segundos continuamente; no segundo dia de vida do RN, inicia-se uma coloração escura, até que se torne totalmente mumificado, e ocorra a queda deste. Ressalta-se que estas observações são necessárias para que os cuidadores de RN se atenham a este processo de cicatrização. Para Linhares (2000), entre o sétimo e o décimo quinto dia de vida, ocorre a queda do coto umbilical. Rezende (2005), porém, afirma que a queda deste, pode ocorrer no trigésimo dia de vida do RN, sem complicações ao RN, desde que tal estrutura e sua base, estejam livre de infecção. Entretanto, para que isto ocorra, faz-se necessário uma atenção aos cuidados do coto, de forma a promover qualidade de vida e saúde do RN.

OBJETIVO

Contribuir com as necessidades sentidas dos grupos de gestantes e puérperas de uma Unidade de Saúde da Família a respeito do cuidado com o coto umbilical e banho do RN.

¹Acadêmica de enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, voluntária do projeto do Programa Educativo: Saúde do Coto Umbilical da UESB; email:Barbara.vania@live.com.

²Enfermeira Mestre em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB. Professora assistente da UESB. Coordenadora do Programa Educativo:Saúde do Coto Umbilical da UESB.Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão – NUPEX.

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UNI-RIO. Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UNI-RIO. Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Coordenadora do Colegiado de Enfermagem do Curso de Graduação da UESB

⁵Mestre em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia Departamento de Saúde-DS,Vice coordenadora da Pós Graduação "Lato Sensu" Saúde Coletiva.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um relato de experiência vivenciado por uma acadêmica na Disciplina Estágio Supervisionado I, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia(UESB), a partir da realização de uma oficina pedagógica intitulada " mãe que ama cuida sobre a perspectiva da prevenção de tétano neonatal e onfalites". Esta oficina teve como cenário a Unidade Saúde da Família Aurélio Sciarreta I(USF), no município de Jequié/BA, no mês de junho de 2012. Teve como suporte o Programa Educativo: Saúde do Coto Umbilical da UEBS, Tal oficina, foi realizada através de uma demanda espontânea, após a percepção da carência de conhecimentos sobre o cuidado com o coto umbilical e banho do RN, mediante consultas de enfermagem aos RN de puérperas na referida unidade, quando presenciava alguns casos de infecção no coto umbilical durante estas consultas; o que significou um acontecimento crucial para que de alguma forma, pudesse transmitir informações científicas a respeito da temática às puérperas e práticas de saúde ao RN. Deste modo, ocorreu a troca de saberes, num desabrochar de orientações educativas, com vistas a necessidade de aprendizagem do grupo. Evidentemente foram demonstrados o banho em água corrente, bem como os cuidados do coto desde a secagem adequada e assepsia com álcool a 70%. Entretanto, para tais demonstrações, foram utilizados banheira, boneco com coto umbilical de borracha, álcool a 70% e gazes estéreis. Ao final da oficina foi distribuída a cada usuária da unidade, cartilha educativa "A Saúde do Coto Umbilical:" produzida pelo Programa supracitado.

RESULTADOS

Apontaram que a oficina possibilitou um melhor conhecimento acerca dos cuidados com o coto umbilical, pois a comunidade em geral provinha de saberes adquiridos de seus antecedentes, e não dispunham de conhecimento científico. Vale ressaltar que as gestantes, estavam inseguras em questionar sobre o cuidado do coto, entretanto estas, foram estimuladas a adquirir conhecimentos, tranquilidade e segurança no manuseio do coto, pois estas iriam futuramente desenvolver o cuidado deste, de forma mais direta. Quanto às puérperas cadastradas na referida unidade, estas chegavam preocupadas as consultas com seus RN apresentando algum tipo de infecção umbilical, contudo, percebia-se que retornavam as suas residências satisfeitas com o atendimento, pois já estavam convictas de que as orientações educativas recebidas lhes asseguravam a certeza de um cuidado mais adequado aos seus RN. As demonstrações de cuidado com o RN em evento público aberto a comunidade, permitiu uma maior aproximação entre os dois segmentos da sociedade Universidade x Comunidade; além de proporcionar ao estagiário uma melhor relação com as usuárias da USF, o que facilitou a interação entre ensino, pesquisa e extensão. As orientações fornecidas às usuárias, possibilitaram o esclarecimento de dúvidas sobre informações fundamentais inerentes a saúde do RN. Notou-se ainda que o grupo ficou mais atento as implicações do cuidado incorreto, que põe em risco a saúde do RN, além de aprender e apreender as orientações, pois demonstravam por meio de risos, discussões, questionamentos e observavam as práticas corretas de cuidado. Vale salientar que a saúde constitui um tema muito dinâmico, passível de aspectos culturais e costumes da comunidade que podem ir de forma contrária as devidas orientações imbuídas de conhecimentos científicos que atestam o bem estar do indivíduo. Vale salientar que a possibilidade de transmitir informações relevantes a sociedade constituiu oportunidade imperdível ao Programa Educativo: Saúde do Coto Umbilical, e assim foi possível cumprir seu principal objetivo que é a difusão da informação à população necessitada de conhecimentos científicos.

CONCLUSÃO

A inserção do estagiário em USF, traduz-se em experiência única no momento em que se obtém retorno do trabalho elaborados na unidade de saúde; a troca de conhecimentos sobre a temática, possibilitou uma proveitosa experiência ao atuar como estagiária em uma Unidade de Saúde da Família. Sabe-se que as demonstrações de cuidados à saúde, deslumbram os olhos de quem as vê, e faz dela uma ferramenta necessária para que os participantes detenham o conhecimento de forma mais real, e por meio dela, foi possível explicar de forma visível e concreta os cuidados relativos ao RN.

DESCRITORES: Educação em saúde, coto, orientação.

REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.

LINHARES, E. F. **A saúde do coto umbilical**. Jequié: impressora. Azevedo, 2000. RESENDE, J. **Obstetrícia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ZUGAIB, M. Z. **Obstetrícia**. Barueri: Manole, 2008.

SABERES E PRÁTICAS NO CUIDADO DO COTO UMBILICAL: UMA ABORDAGEM EDUCATIVA

AVELAR, Correia Camila¹
OLIVEIRA, Bárbara Vânia de²
LINHARES, Eliane Fonseca³
DIAS, Joana Angélica Andrade⁴

INTRODUÇÃO

O cordão umbilical é um importante elo entre o feto e a placenta. É constituído de vasos umbilicais, geléia de Wharton e outros componentes, sendo responsável em transportar oxigênio e nutrientes da placenta para o feto por meio da veia umbilical, enquanto que as artérias umbilicais carregam sangue desoxigenado do feto para a placenta (LINHARES, 2010). Após o nascimento, o cordão umbilical é pinçado e seccionado e a pequena parte que fica no abdômen do recém-nascido (RN) é denominada coto umbilical (REZENDE, 2005). O coto perpassa por fases que caracterizam o processo de cicatrização. Apresenta-se inicialmente gelatinoso e minutos após o nascimento do feto começa a desidratar-se. Posteriormente ocorre a fase de mumificação que irá culminar na sua queda (LINHARES, 2010).

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivos a difusão do saber para o cuidado adequado ao coto umbilical, na perspectiva da promoção da saúde do RN e do familiar cuidador, assim como descrever a experiência vivenciada por uma discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), bolsista voluntária do Projeto de Extensão “Programa Educativo: Saúde do Coto Umbilical”, durante o desenvolvimento de uma ação extensionista do referido projeto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, que emergiu a partir de uma oficina intitulada “Saberes e Práticas no Cuidado do Coto Umbilical: Uma Abordagem Educativa”, em dezembro de 2011, no município de Jequié/BA, desenvolvida pelo coto Projeto de Extensão da UESB, que tem como um de seus objetivos a capacitação de recursos humanos por meio da socialização de saberes pautados nos cuidados com o coto umbilical, prevenção de onfalites, tétano neonatal e banho do RN.

¹ Discente do VIII Semestre de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB.(camilavelar_@hotmail.com).

² Discente do VIII Semestre de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Membro voluntário do Projeto de Extensão “Programa Educativo: Saúde do Coto Umbilical”.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Professora Assistente da UESB. Coordenadora do Programa Educativo: Saúde do Coto Umbilical da UESB. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão - NUPEX da UESB.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UNI-RIO. Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Participaram desta oficina 27 discentes do Curso Técnico de Enfermagem do Colégio Humberto de Campos Reis, com faixa etária de 18 a 35 anos. A oficina foi iniciada com uma dinâmica de apresentação e entrega do folder contendo a programação do evento. Visando identificar o conhecimento que possuíam sobre a temática, no primeiro momento, foram feitas algumas perguntas aos participantes, que se mostraram bastante interessados, favorecendo assim a obtenção e compreensão das informações. Ressalta-se que os participantes respondiam as perguntas de acordo com a vivência que tinham sobre a temática. A partir do diagnóstico previamente estabelecido, foi possível dar continuidade ao desenvolvimento da oficina de maneira clara e objetiva, a fim desmistificar alguns mitos e tabus que permeiam os saberes e práticas adquiridos pelos participantes de geração em geração. Em seguida, com auxílio de recursos áudio visuais, fez-se uma exposição dialogada sobre conceito, constituição e fases de cicatrização do coto, tipos de banhos, onfalites e suas complicações, tétano neonatal, imunização da gestante para prevenção deste e cuidados específicos com o coto. Além disto, foi demonstrado o banho do RN em água corrente com a utilização de um boneco, e esclarecido a finalidade da tampa e orifício que ficam na parte inferior da banheira, de forma a facilitar a aprendizagem desses conhecimentos e visualização dos procedimentos da forma mais real possível. Ao final, foram feitos novos questionamentos com a finalidade de verificar se houve apreensão dos saberes teórico-práticos abordados na oficina, com posterior distribuição de “Cartilha Educativa: Saúde do Coto Umbilical” produzida pelo referido projeto, além da entrega dos certificados aos participantes.

RESULTADOS

A identificação prévia dos conhecimentos dos participantes sobre a temática da oficina possibilitou o desenvolvimento da mesma de maneira clara e objetiva, além de possibilitar a socialização dos saberes sobre os cuidados apropriados ao coto, desmistificando mitos e tabus enraizados nas práticas de cuidadores de RN, que ocorrem no meio social onde os cuidados ao coto acontecem. As atividades educativas abordadas na oficina ocorreram de forma dialógica evidenciando um crescimento participativo e positivo na construção conjunta de novos saberes, além de subsidiarem os participantes na reflexão de ações de prevenção de riscos, danos e agravos à saúde do RN. Com a realização desta oficina foi possível o alcance do objetivo proposto para a mesma, considerando que este momento se configurou em um espaço interessante de trocas de saberes entre os participantes, bolsista voluntária e demais membros do projeto, que subsidiam e direcionam a sensibilização e reflexão essenciais a desconstrução de práticas nocivas a saúde do RN e construção de conceitos e percepções vislumbrando um segmento necessário de respeito à vida como meio de resolução de problemas, cuja essência é o cuidado que permeia o viver humano e porque não dizer, que permeia a vida do RN (LINHARES, 2010).

CONCLUSÃO

Além de intervir quando necessário no cuidado do coto infectado no domicílio do RN, o Projeto de Extensão “Programa Educativo: Saúde do Coto Umbilical” desenvolve ações educativas por meio de visitas domiciliares e oficinas realizadas em instituições de ensino de nível médio, técnico e superior na área da saúde, com distribuição de materiais educativos, como cartilhas e panfletos que versam sobre os cuidados do coto, banho do RN, entre outros, possibilitando a capacitação de pessoas para atuarem na sociedade levando conhecimentos científicos para contrapor o conhecimento empírico que representa risco à vida, ou seja, que

pode causar agravos e danos à saúde do RN e do familiar cuidador. Desse modo, a experiência vivenciada possibilitou a percepção acerca da relevância das ações do referido projeto, as quais contribuem sobremaneira para a sensibilização, reflexão e conscientização da importância do cuidado adequado ao coto umbilical e banho do RN, com vistas a melhoria da qualidade de vida e saúde deste e de seus familiares. Foi possível observar ainda que as ações desenvolvidas pelo projeto em pauta não só possibilitam a formação de multiplicadores de conhecimentos para o repasse dos cuidados necessários e salutares ao RN, mas também contribuem com a produção do conhecimento ao produzir trabalhos científicos de qualidade, que em sua maioria são apresentados em eventos diversos e publicados em anais, em periódicos científicos impressos ou online. Nessa perspectiva, atuar em um projeto desta natureza significa extrapolar as fronteiras de uma formação meramente tecnicista do enfermeiro ao se conseguir vivenciar a articulação entre o ensino, a pesquisa e extensão, objetivo precípuo de uma universidade.

DESCRITORES: Recém-nascido, Educação em saúde, cordão umbilical.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do sul, São Paulo: Difusão Editora, 2007.

LINHARES, E. F. **A saúde do coto umbilical**. Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2011.

LINHARES, E. F. **Influência Intergeracional familiar no cuidado do coto umbilical do recém-nascido e interfases com os cuidados profissionais**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2010.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ZUGAIB, M.Z. **Obstetrícia**. Barueri: Manole, 2008.

MONITORIA ACADÊMICA NA DISCIPLINA ENFERMEGEM EM ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Graziele Matos Oliveira¹
Eliane Fonseca Linhares²
Joana Angélica Andrade Dias³
Juciara de Santana Silva⁴

INTRODUÇÃO

As atividades voltadas para a área da docência no ensino superior têm se tornado cada vez mais complexas e diversificadas em decorrência de mudanças contextuais e de novas demandas direcionadas aos docentes, de modo que as academias têm enfrentado vários desafios pelo fato das instituições formadoras não se preocuparem com a formação do docente para o ensino superior, deixando essa responsabilidade para os cursos de pós-graduação, que na maioria das vezes preocupam-se em formar pesquisadores ao invés de docentes (SANTOS, 2007).

Nessa perspectiva, destaca-se a monitoria, uma modalidade de estágio interno, que tem como uma de suas finalidades despertar no discente o interesse pela docência, preparando-o para uma futura experiência profissional nesta área, daí porque o programa de monitoria na universidade se constitui em uma importante ferramenta para conceber os alicerces de uma formação voltada para a docência.

Este programa, entre outras questões, admite que o monitor auxilie os docentes nas aulas teóricas e práticas, preste orientações aos discentes matriculados na disciplina, permitindo-o vivenciar a prática docente de forma a obter uma preparação para sua futura formação profissional na área da docência. Ressalta-se que o programa de monitoria de disciplina corresponde a uma modalidade de estágio opcional interno solicitado pelo professor e é implementado na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) com base na Resolução nº 18/1989 do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) (UESB, 2001).

OBJETIVO

Esse estudo objetiva relatar a experiência vivenciada durante a monitoria de uma disciplina do Curso de Enfermagem, bem como, demonstrar a importância desta enquanto instrumento de aprendizagem para a formação e desenvolvimento acadêmico do discente monitor.

¹Discente do IX semestre do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB. Docente Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão - NUPEX da UESB.

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UNI-RIO. Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Coordenadora do Colegiado de Enfermagem do Curso de Graduação da UESB.

⁴Enfermeira. Especialista em Enfermagem e Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto. Professora Auxiliar do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Membro do Núcleo de Pesquisa NIEFAN da UESB. (jucyara.santana@hotmail.com)

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir da vivência de uma discente como monitora da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde da Mulher, oferecida a discentes do VII semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB, curso este vinculado ao Departamento de Saúde dessa instituição. Tal experiência ocorreu no município de Jequié/BA, no período de junho a setembro de 2012, correspondendo ao semestre 2012.1.

A referida disciplina prevê o estudo da sistematização dos cuidados de enfermagem na atenção à saúde da mulher a partir de uma visão holística e humanizada, enfatizando seus aspectos biopsicossociais, bem como as políticas públicas de atenção à saúde voltadas à mulher. Na referida disciplina são realizadas aulas teóricas e práticas ministradas por 3 (três) docentes, sendo que as práticas são realizadas tanto em laboratório, quanto em instituições de saúde que compõem a rede básica e hospitalar do município de Jequié/BA. Estas docentes realizam também orientação aos discentes no que diz respeito à pesquisas bibliográficas, trabalhos científicos, entre outras atividades.

As atividades em sala de aula e em laboratório foram acompanhadas também pela monitora, exceto aquelas realizadas na rede básica e hospitalar. Coube à mesma dar aulas de reforço aos discentes sobre diversos conteúdos teóricos e práticos ofertados na disciplina de modo a facilitar o processo ensino-aprendizagem e orientá-los quanto a realização de pesquisas bibliográficas sobre os diversos temas abordados, auxiliá-los na correção de atividades desenvolvidas; preparar materiais didáticos a serem usados pelos docentes; além de participar na elaboração e organização de oficinas, seminários, dentre outras atividades que corroboraram para o bom desempenho e organização da disciplina.

RESULTADOS

O exercício da monitoria oportunizou aquisição de maior conhecimento teórico-prático e a vivência de novas experiências ao possibilitar à discente monitora, o acompanhamento de aulas teóricas e práticas ministradas pelas docentes da disciplina. A atualização dos conhecimentos relacionados aos conteúdos programáticos abordados e demais atividades desenvolvidas com docentes e acadêmicos, favoreceram maior segurança e aprimoramento no desempenho como monitora, além de instigar o interesse pela prática docente como futura atividade profissional, corroborando com Vale (2010) e Silva apud CANDAU (1986) quando dizem que a monitoria promove maior estímulo e interesse pela carreira docente, vez que proporciona o desenvolvimento de atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa.

Observou-se durante essa experiência que os discentes se sentiam mais à vontade ao se relacionarem com a monitora e conseqüentemente se sentiam mais à vontade para solicitarem auxílio nas atividades e no esclarecimento de dúvidas, evidenciando a influência da mesma no estreitamento das relações com os acadêmicos monitorados. Ressalta-se a boa relação interpessoal que foi conquistada entre a monitora e as docentes, o que possibilitou o bom e harmonioso desenvolvimento da disciplina durante o semestre letivo.

Além disso, durante a prática de monitoria, sentiu-se a necessidade de atualização e aprofundamento dos conhecimentos científicos propostos para que houvesse um maior aproveitamento da experiência que estava sendo vivenciada, evidenciando a necessidade de aperfeiçoamento contínuo no desempenho das funções de monitoria, o que leva a crer que de fato essa experiência tem a capacidade de promover o alcance de grande aprendizado pelo monitor, bem como estimula e ensaia para uma futura prática docente (VALE, 2010).

A prática da monitoria representou um grande desafio porque além de ser uma experiência nova, exigiu o estreitamento de laços com acadêmicos com alto nível de ansiedade decorrente da necessidade de apreenderem e realizarem procedimentos novos, o que poderia interferir de maneira significativa no processo de aprendizagem. Frente a esta situação, justifica-se o papel do monitor para auxiliá-los no enfrentamento de suas ansiedades, permitindo uma maior tranquilidade e segurança no campo da saúde da mulher. Apesar de delicada essa aproximação e auxílio aos discentes, a experiência como monitora favoreceu uma maior responsabilidade pedagógica.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se a importância do Programa de Monitoria, para a monitora, para a disciplina e para os discentes monitorados. Para a monitora, a experiência além de possibilitá-la aprimorar seus conhecimentos sobre a saúde da mulher em seu ciclo vital, possibilitou-a experimentar a docência.

Para a disciplina, a presença da monitora foi de suma importância para um melhor desempenho e organização. Para os discentes monitorados, possibilitou-os maior aprendizado por meio do estímulo ao estudo e redução da ansiedade. Ressalta-se que o bom resultado obtido nesta experiência, foi fruto de um proveitoso relacionamento interpessoal estabelecido entre monitora, alunos monitorados e docentes, culminando em um maior aprendizado para todos.

DESCRITORES: Ensino, Saúde da Mulher, Relações Interpessoais.

REFERÊNCIAS

VALE et al. **Cuidando da mulher: um relato de experiência da monitoria.** XII Encontro de Iniciação à Docência, Universidade Federal da Paraíba, 2010.

SANTOS, Mirza Medeiros dos Santos. **A monitoria como espaço de iniciação à docência: possibilidades e trajetórias.** Natal, RN: EDUFRN – Editora da UFRN, 2007.

CONSEPE - Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão. Resolução 04/2001.

SILVIA, Livia Louisi Arruda da Silva. **A relevância da prática da monitoria como instrumento metodológico na formação acadêmica: um relato de experiência.** Universidade Federal Rural de Pernambuco - s/ data.

A SEXUALIDADE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO-UMA ABORDAGEM INTEGRATIVA

Fabiana Galvão Souza¹

Valeria Alves da Silva Nery²

Ana Paula Santos Silva³

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais discute-se muito sobre o envelhecer, devido ao crescente número de pessoas idosas. Mesmo estando em pleno século XXI, muitos idosos ainda encaram o envelhecer como sinônimo de decadência e isolamento, doenças e peso social, sendo que a sociedade impõe aos idosos, tabus, privando-lhe de re-pensar a sexualidade, o corpo, o prazer, a prática do sexo, levando-os a enfrentar várias dificuldades de adaptação a esse estágio da vida. Contudo, embora a sexualidade seja algo inerente à vida e à saúde, manifestada desde o nascimento do ser humano até a morte, este é um assunto cheio de discriminação e preconceitos, principalmente, quanto a sexualidade do idoso. Ao longo dos séculos XIX a XX, as classificações das fases da vida e a percepção das diferentes e singulares idades se dão no contexto da ideologia individualista. Baseada nesta ideologia e na interpretação constrativa entre dois momentos do ciclo vital – a juventude e a velhice, é que se desenvolve a polaridade entre um e outro instante da vida, estabelecendo um valor referente a cada um. Nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido em primeiro lugar, um problema na vida prática.

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo: Conhecer o que representa a sexualidade e o sexo numa perspectiva de viver e envelhecer de maneira saudável, para sujeitos na terceira idade.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que fundamenta o estudo contemplou: artigos; teses e dissertações; monografias. Foi realizada na Biblioteca Virtual sobre sexo e sexualidade na terceira idade (BVS/VS) da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), que concentra e focaliza informações nacionais e internacionais sobre o tema registrados no Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e no Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Configurando 49 textos, foram analisados: 26 artigos; 5 teses e dissertações; 10 monografias de graduação e especialização.

¹Discente do curso de Graduação em Enfermagem – UESB

²Docente do Curso de Graduação em Enfermagem – UESB

³ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem – UNINASSAU

O material coletado passou por uma classificação de cunho analítico, com base na qual se buscou evidenciar o estado do conhecimento, as questões mais relevantes para os autores e as lacunas que existem e exigem futuros investimentos.

RESULTADOS

Notamos uma heterogeneidade de pesquisas relacionadas à compreensão da sexualidade, que foi revelada através de sentimentos como amor, respeito, carinho, união, amizade ou algo que vai além do ato sexual. Constatou-se ao mencionar as mudanças ocorridas na união dos casais na terceira idade uma comparação do passado em relação ao presente. Observou-se, no decorrer do estudo, a vivência da sexualidade, a diminuição no padrão da atividade sexual devido à idade, patologias, uso de medicamentos ou mesmo à diminuição do desejo, embora também tenha se manifestado a permanência do amor e da união em uma relação duradoura mesmo com a ausência do ato sexual. Mas a manifestação de carinho permanece. Encontramos textos que comprovam que somente a metade das pessoas que vivem maritalmente declara estar sexualmente satisfeitas. Weeks (2002) insiste sobre o fato de que a maior prevalência de problemas psicosssexuais desta idade não tem origem biológica, mas decorre principalmente de fatores ligados ao parceiro, tais como falta de ternura e de empatia. A sexualidade humana torna-se ainda mais reativa à afetividade com o passar dos anos (Meston, 1997). Quando a relação afetiva do casal é satisfatória, a frequência das relações permanece estável (Newman & Nichols, 1970). A disfunção sexual em qualquer idade deve ser reconhecida como um fenômeno ligado à relação do casal (Myskow, 2002). Por outro lado, os autores que compararam amostras, consideram que a aparente redução da atividade sexual é um fenômeno ligado à cultura (Winn & Newton 1982). Nossos resultados tendem a corroborar esta idéia, pois, de maneira geral, as mulheres brasileiras parecem muito mais interessadas e sexualmente mais ativas que as portuguesas, e também muito mais livres quanto à comunicação verbal entre o casal. Estes resultados sugerem, por um lado, que, provavelmente fruto da evolução demográfica e sociológica contemporânea, os adultos maduros manifestam interesse pela sexualidade e têm consciência da sua receptividade ao prazer sexual tal como o exprimem através das atitudes e das crenças. Por outro lado, há uma elevadíssima frequência de recusa de respostas sobre as práticas sexuais, o que sugere que, mesmo sob a cobertura do anonimato, os participantes, homens e mulheres, inibem a expressão e/ou reconhecimento da existência de comportamentos ligados ao prazer e à satisfação sexual. Isto permite supor processos de auto-censura relativamente a práticas sexuais prazerosas e potencialmente mais censuráveis do ponto de vista da percepção estereotipada da sexualidade entre os idosos. Portanto, as amostras que aceitaram participar da pesquisa se situam mais num contexto de supressão da sexualidade (processo parcialmente consciente), que de um recalçamento (inconsciente), provavelmente mais representativo da recusa de participação. Se os estereótipos sociais desqualificando a sexualidade dos adultos maduros ainda predominam hoje em dia, é preciso ponderar o efeito da idealização narcísea que também é imposta pela cultura moderna. Katz e Marshall (2003) discutem as expectativas irrealistas considerando que recomendar um "sexo novo para os velhos" exige que os adultos maduros se conformem com expectativas fora da realidade temporal. Entre estas duas tendências extremas, que prescrevem seja a *abstenção* seja a obrigação de *desempenho*, os adultos maduros devem encontrar atualmente a justa medida de expressão das suas aspirações pessoais.

CONCLUSÃO

Espera-se com esta pesquisa que outras pessoas se interessem por pesquisas com esse segmento populacional possam dar continuidade à discussão dessa temática. Esperamos que este estudo possa contribuir da melhor forma possível para a produção do conhecimento na área da enfermagem gerontológica e que venha melhorar o cotidiano das pessoas que vivem a terceira idade. Pois é de grande importante que os profissionais de saúde possam cuidar dos idosos, considerando as questões relacionadas à sexualidade. Dessa forma, teremos profissionais de saúde sensibilizados com a assistência à saúde sexual do casal idoso, o que possibilitará uma prática de cuidados livre de julgamentos e preconceitos.

PALAVRAS-CHAVE: sexualidade; idoso; transcultural.

REFERÊNCIAS:

BOURDIEU, P; CHAMBOREDON, J.C; PASSERON, J.C. **A profissão de sociólogo:** preliminares epistemológicas. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.

NUNES, E.O, organizador. **A aventura sociológica** – objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1978.

BRUYNE, P; HEMAN, J; SHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais.** 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves; 1977.

SAMAJA, J. **Epistemología y metodología:** elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires: Eudeba; 1993.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal/lógica dialética.** Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 1975.

GOLDMAN, L. **Epistemologia e filosofia política.** Lisboa: Editora Presença; 1984.

DENZIN, N; LINCOLN, Y, organizadores. **O planejamento da pesquisa qualitativa.** Teorias e abordagens. Porto Alegre: Editora Artmed; 2006.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Editora Perspectiva; 1992.

SAFFIOTI, H.I.B; ALMEIDA, S.S. **Violência de gênero:** poder e impotência. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1995.