

ATENDIMENTO NA SAÚDE PÚBLICA DE CASOS DE VIOLÊNCIA
PSICOLÓGICA: relato de experiência sobre facilidades e dificuldades encontradas pelo
psicólogo. ¹

Maristela Barp²

Sirlei Favero Cetolin³

RESUMO

O tema violência é polêmico e tem sido debatido pelas várias especialidades, além de ser grave problema de saúde pública. O objetivo deste artigo é propor uma reflexão sobre o cuidado, a partir da socialização de facilidades e dificuldades encontradas pela profissional da psicologia no atendimento a vítimas de violência psicológica na rede pública, num município de pequeno porte. As situações de violência, em especial a psicológica, segundo o Ministério da Saúde podem causar danos ao desenvolvimento psicológico e a autoestima trazendo assim, consequências e prejuízos às vítimas. Proporcionar uma escuta qualificada e fazer com que a vítima se sinta amparada e compreendida poderá amenizar traumas e fazer diferença para sua reestruturação emocional e reintegração social. Daí a importância dos profissionais estarem capacitados para identificar e acolher estas situações, visto que, o trabalho deve ser pautado numa postura de responsabilidade com o Ser Humano, trabalhar de forma multidisciplinar possibilita discussão sobre os desfechos que a equipe de saúde pretende dar aos casos, evitando atitudes precipitadas que possam afastar a vítima do atendimento e cuidados necessários. O relato realizado neste artigo apresenta informações sobre experiência vivenciada no cotidiano profissional do atendimento psicológico, no decorrer de quatro meses de trabalho.

Palavras chaves: Violência Psicológica; Promoção de Saúde; Acolhimento.

-
- 1 Artigo apresentado ao curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva: Estratégia Saúde da Família- UNOESC- Campus de São José do Cedro -SC. Fomento legislação nº 101/CONSUN/2013 em 01/11/2013.
 - 2 Psicóloga da Unidade Básica de Saúde de Princesa; Bacharel em Psicologia – UNOESC-SMO (2010)- Pós Graduada em Gestão de Pessoas pela Universidade do Contestado (2012). Pós Graduada em Psicologia do Trânsito pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (2013). Aluna da Pós Graduação em Educação Permanente em Saúde – UFRGS e em Saúde Coletiva: Estratégia Saúde da Família- UNOESC- Campus de São José do Cedro -SC, E-mail: maristela.barp@hotmail.com – Fone: (49) 9121- 0114 – São José do Cedro – Santa Catarina - Brasil.
 - 3 Professora no Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva: Estratégia Saúde da Família – UNOESC e Orientadora do presente artigo.

1. INTRODUÇÃO

“A violência destrói o que ela pretende defender: a dignidade da vida, a liberdade do ser humano. João Paulo II”

Este relato de experiência ilustra facilidades e dificuldades vivenciadas nos atendimentos a vítimas de violência, em uma Unidade Básica de Saúde pelo profissional psicólogo.

A elaboração do artigo tem por finalidade refletir sobre o cuidado, com vistas há contribuir e fortalecer medidas de promoção de saúde por meio de ações conjuntas, ou seja, compartilhar facilidades e dificuldades encontradas pelo profissional Psicólogo no atendimento a vítimas de violência psicológica, que na maioria dos casos, vem associada com algum outro tipo de violência (física, sexual, intrafamiliar).

As situações de violência, em especial a psicológica, segundo o Ministério da Saúde (2009a) pode causar danos ao desenvolvimento psicológico e a autoestima trazendo assim, consequências e prejuízos às vítimas. Conforme Westphal e Silva (2013) esta violência fere a subjetividade do sujeito, podendo gerar comportamentos de medo e isolamento. Geralmente fazendo com que as vítimas se sintam culpadas pela situação e sofram intensamente, e conseqüentemente prejudicando sua autoestima.

Tendo em vista que ações estratégicas de saúde pública são fundamentais para uma melhor qualidade de vida e bem estar psicológico das vítimas de violências. E que as violências são consideradas um grave problema de saúde pública seja ela de qualquer natureza, por ser uma experiência traumática para as vítimas, para a família e para a sociedade. Sente-se que proporcionar uma escuta qualificada e fazer com que ela se sinta amparada e compreendida amenizará seus traumas. Daí a fundamental importância dos profissionais estarem capacitados para passar segurança a estas vítimas que estão passando por um momento difícil em suas vidas.

Percebendo a relevância do tema e partindo do princípio de atender a vítima de forma integral, garantindo o sigilo e dando o melhor suporte emocional possível, este trabalho justifica-se na necessidade de buscar técnicas de intervenção e acolhimento do profissional psicólogo nos atendimentos às vítimas de violência psicológica. Isso ajudará a reforçar mudanças e ampliar o leque de programas de promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental.

Espera-se contribuir com reflexões relevantes, pois estudos deste tipo são

escassos na região do Extremo Oeste.

1.1 Violência: um problema de saúde pública

Segundo o Ministério da Saúde (2009a) a violência é um problema social de grande dimensão que atinge toda a sociedade, pois afeta de forma continuada e principalmente mulheres, crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiência. Reconhece a violência como um fenômeno complexo que pode ser compreendida a partir de diferentes perspectivas, pois além de afetar a família e a sociedade como um todo representa um grave problema de saúde pública.

Sobre este assunto tão polêmico, Coelho em um estudo realizado no ano de 2014 diz que houve um significativo crescimento dos estudos na área da saúde voltados para o tema violência. Para o autor, isso ocorre em decorrência do reconhecimento da proporção que o tema está abrangendo, devido sua alta incidência e pelas implicações que causa à saúde física e psicológica das pessoas que vivenciam a violência, passando assim a ser vista como um grave problema de saúde pública.

O Ministério da Saúde (2003a) afirma que a violência no Brasil é configurada como um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, pois provoca forte impactos na morbidade e mortalidade da população, gerando assim, inúmeros problemas, sendo eles de origem social, emocional, psicológica e cognitiva, dos quais perduram durante a vida toda, o que podem levar a comportamentos considerados prejudiciais a saúde.

Reforçando isso, de acordo com o Ministério da Saúde (2001a) a violência é um grave obstáculo para o desenvolvimento tanto social quanto econômico. Sua prevalência é significativa e um flagrante de violação dos direitos humanos, devido a uma parcela importante da população ser atingida, repercutindo assim, de forma significativa na saúde das pessoas que são a ela submetida. Configurando um relevante problema de saúde pública e um desafio para os gestores do SUS- Sistema Único de Saúde.

Conforme os estudos de Criado (2003) são inúmeros os fatores desencadeantes de comportamentos violentos relacionados aos adultos como: alcoolismo, baixa-auto-estima, problemas psicológicos, dupla ou tripla jornada de trabalho e uso de drogas. Para ele a miséria e o desemprego contribuem para o aumento da violência

principalmente contra criança, pois há uma desestruturação familiar, mas também ressalta que em todas as classes sociais acontecem os maus-tratos.

Dando continuidade ao exposto, o Ministério da Saúde (2009b) destaca que na maioria das vezes, a violência é manifestada através do abuso de substâncias psicoativas como pelo uso do álcool e/ou outras drogas, pela precoce iniciação às atividades sexuais, pois acabam tornando-se mais vulneráveis a exploração sexual, a prostituição e à gravidez. Para Coelho (2014) vítimas que sofreram, por exemplo, abuso físico ou sexual, tem mais probabilidade de terem problemas de saúde em função de muitas vezes adotar comportamentos de risco ao seu bem estar físico e psicológico, como: fumar, inatividade física, abuso de álcool e outras drogas. Segundo o autor, em inúmeras pesquisas estas substâncias foram consideradas como os principais motivos desencadeadores de violência física.

Minayo (2010) fala que a existência ou não de pessoas com condutas delituosas na família, a violência vivenciada na comunidade ou entre pais e irmãos vem de uma rede de antecedentes que propiciam uma cultura de violência. Dito isso, Cardia (1997 apud CANDAU, 1999, p. 35) acrescenta que “famílias onde há violência entre seus membros têm alta probabilidade de estarem socializando os filhos para a violência”.

Refletindo sobre isso o Ministério da Saúde (2001a) caracteriza violência como sendo toda forma de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais, econômicos ou patrimoniais que causem perdas de saúde. E, além disso, Aquino (1996, p. 73) reforça o conceito de violência como “qualquer ato que, no sentido jurídico, provocaria, pelo uso da força, um constrangimento físico ou moral.” Papalia e Olds (2000) acrescentam ainda que a dor, a humilhação e a frustração que são consequências de castigos e insultos podem ser um empurrão adicional para a violência. Salientam que quando uma criança está frustrada ela tem mais chances de imitar modelos agressivos do que uma criança satisfeita.

Desta forma, para melhor entendimento sobre os tipos de violências, deve-se ter em mente alguns conceitos sobre a dinâmica das diversas faces da violência como, por exemplo, definindo os conceitos de violência física, sexual e psicológica.

De acordo com Ministério da Saúde (2009a) a violência física ocorre quando uma pessoa, através de uma relação de poder, tenta causar dano de forma não acidental a outrem por meio de força física ou com algum tipo de arma, podendo provocar ou não lesões, seja elas externas, internas ou ambas.

Neste sentido, Njaime, Assis e Constantino (2009) apontam que a violência física pode ocorrer em todos os ambientes sociais. Como também acrescentam que vítimas de espancamento tendem a ser mais agressivas ou inversamente medrosas e apáticas. A violência física é um fenômeno que ataca muitas pessoas em função da gravidade dos seus atos levando a severas consequências. (COELHO, 2014).

Já a Violência Sexual é vista pelo Ministério da Saúde (2009a, p.11) como sendo “todo o ato no qual uma pessoa tem relação de poder e por meio da força física ou intimidação psicológica obriga a outra a executar ato sexual contra a sua vontade”. Acrescenta ainda que este ato violento ocorre contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas com deficiência e idosos. Além disso, é importante também pontuar que a violência sexual é crime seja ela praticada por familiares ou por pessoas desconhecidas.

“O abuso sexual intrafamiliar é um fenômeno bastante disseminado, que ocorre em todas as camadas sociais, que não conhece fronteira raciais, que é praticado, na maioria das vezes, por homens “normais” e que é a forma mais frequente de violência sexual. No espaço familiar, a criança e o adolescente deveriam receber conforto, amor e confiança, pré-requisitos para um desenvolvimento adequado de sua personalidade, mas é justamente onde mais acontece esse tipo de violência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004 p.72)

Completando esta reflexão Njaime, Assis e Constantino (2009) observam que o abuso sexual é um ato que visa estimular ou utilizar a vítima para obter excitação sexual nas práticas sexuais, pornográficas e eróticas que podem ser impostas através de ameaças, violência física ou aliciamento.

Para Candau (1999, p. 50) a violência é “uma forma de dizer com atos o que não se pode dizer com palavras”. Neste sentido destacamos a violência psicológica que para Westphal e Silva (2013) não pode ser desassociada dos demais tipos de violência, pois geralmente é acompanhada destas outras formas: violência física e sexual. No entanto suas consequências trazem muitos prejuízos além de ser mais difícil sua identificação, já que em este tipo de violência não deixa marcas físicas em suas vítimas, no entanto, ferem a subjetividade deste sujeito, pois prejudica a autoestima podendo gerar comportamentos de medo e isolamento.

Completando Coelho (2014) afirma que a violência psicológica acontece muito e talvez até em maiores proporções que a violência física. Conforme a autora este tipo de violência afeta diretamente na auto-estima de quem a sofre por ocorrer geralmente no

ambiente familiar. Nesta linha Ballone (2003 apud BASSO, ROCHA E ESQUERDA, 2008) fala que a violência psicológica é tão ou até mais prejudicial que a violência física e caracteriza a mesma por atos de discriminação, humilhação, rejeição, depreciação, desrespeito e castigos exageradas por parte do agressor.

A violência psicológica é definida por Ministério da Saúde (2009a) como sendo todo o ato ou omissão que causa ou pretende causar dano ao desenvolvimento psicológico e a autoestima da vítima é feita através de humilhações e agressões verbais constantes. Aperfeiçoando esta definição Margarido (2010, p. 64) afirma que a “violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, a identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.” Segundo o autor ela pode ser manifestada através de insultos constantes, exploração, manipulação afetiva, ameaças, privação arbitrária de liberdade ou também por ato de omitem cuidados de proteção contra agravos que poderiam ser evitáveis, ou seja, negligência dentre outras.

Dando continuidade a reflexão do conceito de Violência Psicológica Njaime, Assis e Constantino (2009) pontuam que os efeitos deste tipo de violência são devastadores da autoestima da vítima e a definem como agressões gestuais ou verbais que tem como finalidade de humilhar, rejeitar, aterrorizar as vítimas ou ainda isola-la do convívio social e restringir-lhe a liberdade. Os efeitos deste tipo de violência são devastadores da auto estima da vítima. Daí a importância de um diagnóstico precoce, conforme Ministério da Saúde (2004, p. 59) “A importância de se diagnosticar, prevenir e compreender as consequências da violência psicológica está no fato de que impede significativamente o desenvolvimento psicossocial”. Afeta tanto o desenvolvimento da auto estima como a capacidade de estabelecer relações interpessoais.

Com relação às vítimas de violência psicológica Westphal e Silva (2013) relatam que geralmente estas sentem-se culpadas pela situação e sofrem profundamente, tornando-se inseguras, por ser uma violência silenciosa por muitas vezes acaba fazendo com que suas vítimas aceitem a situação como normal devido a nem sempre ter capacidade para reconhecer que estão sendo vítimas.

TABELA 1. As expressões de Atos Violentos.

VIOLÊNCIA FÍSICA	VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	VIOLÊNCIA SEXUAL
Tapas; Empurrões; Socos; Chutes;	Humilhações; Ameaças de agressão física; Privação de liberdade; Privação arbitrária de	Expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa; Toques e carícias não

Bofetões; Pontapés; Bofetadas; Puxões de cabelo; Beliscões; Mordidas; Cortes; Queimaduras; Tentativas de asfixia; Ameaça com faca; Estrangulamento; Lesões por armas ou objetos; Obrigar a outra pessoa a ingerir medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas; Tirar de casa a força; Amarrar; Arrastar; Arrancar a roupa; Abandonar em lugares desconhecidos; Causar danos a integridade física em virtude de negligência: como omitir a cuidados e proteção contra agravos evitáveis em situações de perigo, doença, gravidez, alimentação e higiene; Tentativas de homicídio.	liberdade: Impedimento de trabalhar fora, de sair de casa, de ter amizades, de telefonar ou de conversar com outras pessoas, de cuidar da aparência pessoa, de gerencia o próprio dinheiro, de estudar; Danos propositais a objetos queridos; Danos a animais de estimação; Danos ou ameaças a pessoas queridas; Insultos constantes; Degradação publica; Intimidação; Rejeição; Discriminação; Indiferença; Depreciação; Ofensas; Submissão; Punições exageradas; Assédio moral; Privação e negligência; Desvalorização; Chantagem; Ridicularização; Manipulação afetiva; Exploração; Negligencia (ato de omissão de cuidados contra agravos evitáveis como situações de perigo);	desejados; Exibicionismo e masturbação forçados; Voyeurismo; Prostituição forçada; Prostituição forçada em pornografia e/ou exposição obrigatória a material pornográfico; Impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro (a) em utilizar preservativo. Relações sexuais forçadas; Atentado violento ao pudor; Estupro; Uso de linguagem erotizada, em situação inadequada; Penetração oral, anal ou vaginal, com pênis ou objetos de forma forçada; Ser forçado(a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas, além do casal. Assédio sexual; Abuso incestuoso; Sexo forçado no casamento; Exploração sexual; Pornografia infantil; Pedofilia; Coerção física ou por medo do que venha a ocorrer.
--	---	---

Fonte: Aatoria a partir de leituras em Criado (2003); Scharaiber (2005); Ministério da Saúde (2001a, 2009a) Coelho (2014).

De acordo com Ministério da Saúde (2001a) o primeiro passo para a política de prevenção é sensibilizar e capacitar todos os profissionais que tenham contato direto com pessoas vítimas de violência em suas diferentes etapas. Sendo eles: profissionais de saúde, agentes policiais, membros do poder judiciário, psicólogos e assistentes sociais.

Neste sentido, não é apenas os profissionais de saúde que devem ter uma formação diretamente relacionada com a temática violência, mas também é indispensável que a postura de responsabilização seja assumida pelos serviços, dos

quais desenvolvam uma estrutura de atendimento voltada à identificação e acompanhamento das situações de violência. (RIQUINHO E CORREIA, 2006).

Além disso, para as autoras é de suma importância que os profissionais compreendam o tema para assim poderem interagir com esta realidade sem julgamentos e frustrações. Segundo elas, a maioria das vítimas de violência tem grande dificuldade em romper com esta situação e geralmente o medo e a vergonha de denunciar fazem com que se tornem prisioneiras de uma realidade que só poderá ser interrompida com o apoio de pessoas especializadas. Nesta lógica destacam que:

Os profissionais de Saúde por muitas vezes representam a única chance de ajuda, [...] se isso não for compreendido, é impossível que estas situações não sejam desveladas. No entanto, os serviços de saúde e até mesmo centros educacionais, necessitam de uma política de atendimento que auxilie na visibilidade da problemática. Profissionais qualificados na identificação de tais situações e serviços articulados intersetorialmente explicitam uma possibilidade do rompimento da cadeia de violência que interliga as pessoas que a ela são submetidas. (p. 305-306)

Refletindo sobre isso, Ministério da Saúde (2001a) pontua que é de suma importância multiplicar e instituir redes de apoio, instigar a construção de grupos de autoajuda para que as vítimas de violência se reconstruam e se tornem capazes de superar seu trauma, buscando sua própria história e o fortalecimento de sua confiança e autoestima. Neste sentido Njaime, Assis e Constantino (2009, p 90) destacam fatores de proteção que funcionam como uma espécie de muro de contenção e ajudam a prevenir a violência, alguns são próprios da pessoas e outros são ofertados pelo meio social:

- Proteção Individual: gênero, status socioeconômico, idade, características pessoais (auto estima, autonomia, autocontrole, temperamento flexível e afetuoso, entre outros fatores.)
- Proteção Familiar: apoio, bom relacionamento, saúde mental dos pais, entre outros;
- Proteção Social: apoio e bom relacionamento em escola, trabalho, instituições, entre outros.

Njaime, Assis e Constantino (2009) acrescentam que diversas ações e programas de prevenção à violência tem-se mostrado positivos na redução da violência. Mas para se ter melhor resultados é necessário articulações institucional, intersetorial e interdisciplinar. Visando assim, a obtenção de melhores resultados.

Ações de prevenção devem evitar que a violência se perpetue de geração em geração, buscando romper sua continuidade naqueles casais ou famílias que tenham

iniciado o seu ciclo. Também promover alternativas de organização social e familiar que incorporem a igualdade de seus membros, fortalecendo a autonomia e auto-estima. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a p. 87)

Hutz (2005) acredita que o desenvolvimento de programas de prevenção e de intervenção específicos para comunidades e famílias expostas a violência pode deter a escalada da violência. Uma das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde que lidam com situações de violência é a falta de uma linguagem e de conceitos que reúnam o conhecimento médico ao de outras áreas, como social e jurídica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011, p.13)

Conforme Ministério da Saúde (2001a) quando ocorre um episódio de violência os profissionais de saúde são os primeiros a serem informados e muitas vezes o motivo da busca deste atendimento vem mascarado por outros problemas. Pontua também que “A carência de serviços ou respostas sociais adequadas e a intervenção apenas pontual constituem-se em obstáculo ou retardo na resolução de problemas.” (p.27)

2. METODOLOGIA

Relato de experiência da atividade profissional da psicóloga que atua na Unidade Básica de Saúde de Princesa –SC. Trata-se das demandas de vítimas de violência chegaram até a profissional desde o início de 2014. Descreveram-se facilidades e dificuldades encontradas pela profissional ao se deparar com casos, e para facilitar o entendimento de como ocorre o atendimento, criou-se um fluxograma de atendimento para as vítimas de violências. Desde 2014 foram 6 casos de violência atendidos e notificados, sendo deles 3 de violência psicológica. Todas as vítimas são do sexo feminino e a idade varia de 17 a 38 anos.

3. INFORMAÇÕES GERAIS / Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Conforme o Ministério da Saúde (2014a) tanto no Brasil como no mundo uma das maiores preocupações dos gestores de saúde são os impactos da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes), em nosso país elas representam a terceira causa de morte na população em geral de 1 a 49 anos. Além disso, a violência sendo ela

de qualquer natureza tem colaborado muito no aumento dos custos sociais com cuidados de saúde e da previdência, contribuindo assim, para a perda da qualidade de vida e sendo uma das causas mais significativas de conflitos no âmbito familiar. Pensando nesse impacto, o Ministério da Saúde (2001b) mobilizou, nos últimos anos, os diversos setores da esfera municipal, estadual e federal que se articularam para programar uma série de medidas. Entre elas a elaboração da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001), que foi aprovada pela Comissão de Intergestores Tripartite através da Resolução nº 309, de 08 de março de 2001. Na ocasião definiram responsabilidades institucionais, estabeleceram diretrizes e articulações intrasetorial e intersetorial. Também por meio da Portaria MS/GM nº 1.600, de 07 de julho de 2011, o Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS que tem como objetivo ampliar o acesso e acolhimento, bem como, promover o desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde voltadas a promoção e prevenção de violências e acidentes.

A ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada é um instrumento composto por diversas categorias que descrevem as violências cometidas. Este visa notificar a situação para auxiliar no planejamento de políticas públicas intersetoriais mais integradas, tendo em vista a diminuição da morbimortalidade decorrente dos diversos tipos de violências e efetivamente promover qualidade de vida, equidade e saúde a população. O Ministério da Saúde (2007) orienta que a utilização da Ficha de Notificação.

“Permitirá a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.”(p.7)

O SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) normatiza a ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada que deve ser preenchida de acordo com as princípios da Vigilância Epidemiológica/Vigilância em Saúde e Sinan-net. A ficha de notificação individual apresenta numeração única para cada registro e contém:

Dados gerais: Tipo de notificação; agravo/doença que já vem preenchida com o código da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados a Saúde Y09- Agressão por meios não especificados. Data da notificação e da ocorrência. Dados do Município e local da ocorrência. Unidade de saúde que notificou.

Dados pessoais da vítima: nome completo, data de nascimento, idade, sexo, gestante, raça, escolaridade, nome da mãe e número do cartão do SUS.

Dados da residência: município, bairro, logradouro, pontos de referência, zona rural ou urbana, telefones para contato e CEP.

Dados complementares/ dados da pessoa atendida: Nome Social (Se tiver: apelido pelo qual é reconhecido na sociedade); ocupação, Situação Conjugal; orientação sexual; identidade de gênero e se possui algum tipo de deficiência.

Dados da ocorrência: Rua, bairro e município da ocorrência, ponto de referência hora aproximada e local. Se ocorreu outras vezes e se foi autoprovocada.

Dados da violência: Motivo; tipo de violência e meio de agressão.

Dados do agressor: numero de envolvidos, grau de parentesco com a pessoa atendida. Sexo do autor da agressão; se tem suspeita de uso de álcool no momento do fato e ciclo de vida em que se encontra o provável agressor.

Evolução: Encaminhamentos realizados (Rede de Saúde, CRAS, CREAS, Rede de Educação, Conselho Tutelar, Ministério Público, etc.)

Informações complementares: nome do acompanhante, grau de parentesco e telefone.

Dados do notificador: município e unidade de saúde, função e assinatura.

De acordo com o Ministério da Saúde as Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis por digitar e analisar os dados, como também pelo repasse das informações para as secretarias de Saúde do Estado e para o Ministério da Saúde. Esta medida visa à articulação e integração da Rede de Atenção e de Proteção Social às pessoas em situação de Violências, objetivando no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos direcionar uma atenção mais humanizada e integral a estas pessoas.

Completando isso o Ministério da Saúde (2007, p.11) pontua as atribuições que competem aos municípios com relação à gestão, estruturação e operacionalização do Sistema de Informação Epidemiológica Informatizada, sendo elas:

- I. Prestar apoio técnico às unidades notificantes;

- II. Coletar e consolidar os dados provenientes de unidade notificantes;
- III. Estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelas unidades notificantes; respeitando os fluxos e prazos estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS;
- IV. Enviar os dados ao nível estadual, observados os fluxos e prazos estabelecidos pelos estados e pelas SVS/MS.
- V. Distribuir as versões do Sinan e seus instrumentos de coleta de dados para as unidades notificadoras;
- VI. Informar à unidade federada a ocorrência de casos de notificação compulsória, detectados na sua área de abrangência, residentes em outros municípios, ou a ocorrência de surtos ou epidemias, com risco de disseminação no país.
- VII. Avaliar a regularidade, completude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros, efetuando os procedimentos definidos como de responsabilidade do Município, para a manutenção da qualidade da base de dados;
- VIII. Realizar análises epidemiológicas;
- IX. Retroalimentar os dados para os integrantes do sistema;
- X. Normatizar aspectos técnicos em caráter complementar à atuação do nível estadual para a sua área de abrangência;
- XI. Executar a rotina “fluxo de retorno” para obter os casos residentes notificados por outros municípios e disponibilizar arquivos gerado para os seus distritos sanitários, semanalmente.

Segundo o Art. 7º da instrução Normativa nº 2 de 22 de Novembro de 2005, que regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a ficha de Notificação é um documento padrão no registro de Doenças de Notificação Compulsória e é obrigatória em todo País.

Para o Ministério da Saúde (2014b) a notificação das violências foi posta como obrigatória por vários atos normativos e legais, sendo eles: a lei 8.069/1990 que dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); a Lei nº 10.778/2003 que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, nos casos de violência contra a mulher

que for atendida nos serviços de saúde públicos ou privados e a Lei nº 10.741/2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Além disso destacam que:

“A notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal, fruto de uma luta contínua para que a violência perpetrada contra estes segmentos da população saia do ‘silêncio e medo’, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos.”(p.5)

De acordo com o art. 2º item VI da Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014 que define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências, a comunicação da notificação compulsória sobre uma ocorrência, suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública é obrigatória à autoridade de saúde e pode ser realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados; podendo ser de forma imediata (até 24horas) ou semanal (até sete dias) a partir do conhecimento da ocorrência ou agravo. Além disso as autoridades de saúde devem garantir o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação.

O gráfico 1 aponta os dados de notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Estado de Santa Catarina obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2011 à 2014, sendo 18.902 registros para o sexo feminino e 13.804 para o sexo masculino.

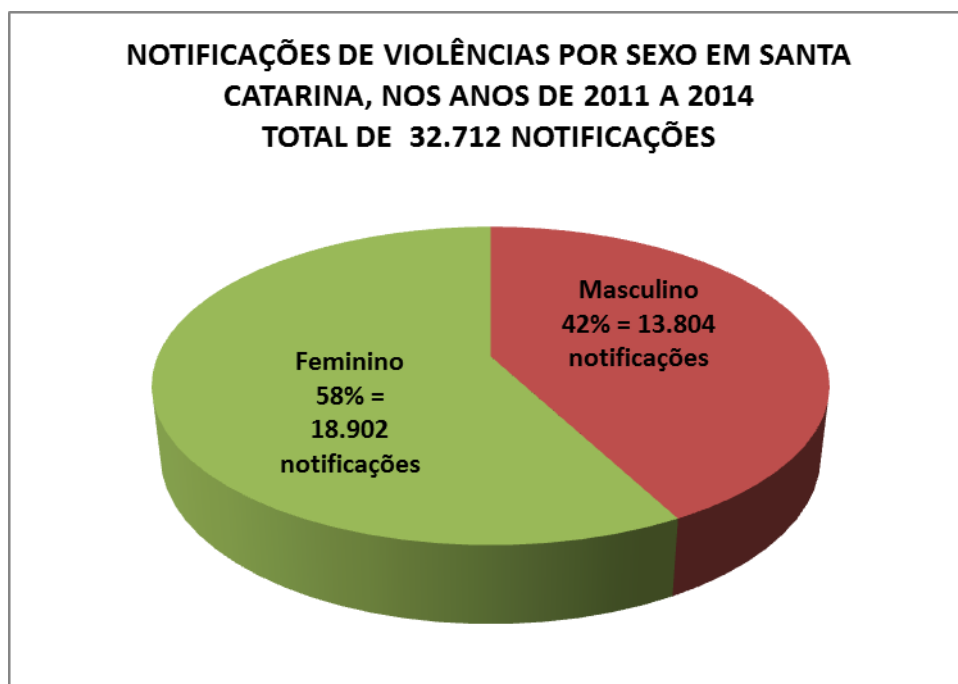


Gráfico 1: Notificações no Estado de Santa Catarina nos anos de 2011 à 2014, por sexo.
Fonte: SINAN (2015).

Conforme a tabela 2, dentre os 32.712 casos de violências notificados no Estado de Santa Catarina, no período de 2011 à 2014, 7.399 casos são de violência psicológica.

TABELA 2. Violência Doméstica, sexual e /ou outras violências.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS - Sinan				
Frequência por Sexo segundo Viol Psico/moral				
UF Residência: Santa Catarina				
Período: 2011-2014				
Viol Psico/moral	Ignorado	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	6	13.804	18.902	32.712
Sim	1	1.784	5.614	7.399
Não	5	11.690	12.973	24.668
Ignorado	-	74	106	180
Em Branco	-	256	209	465

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan 2015.

Através do gráfico 2 podemos observar a proporção de casos de violência psicológica no Estado de Santa Catarina quando se comparado com os demais tipos de violências.

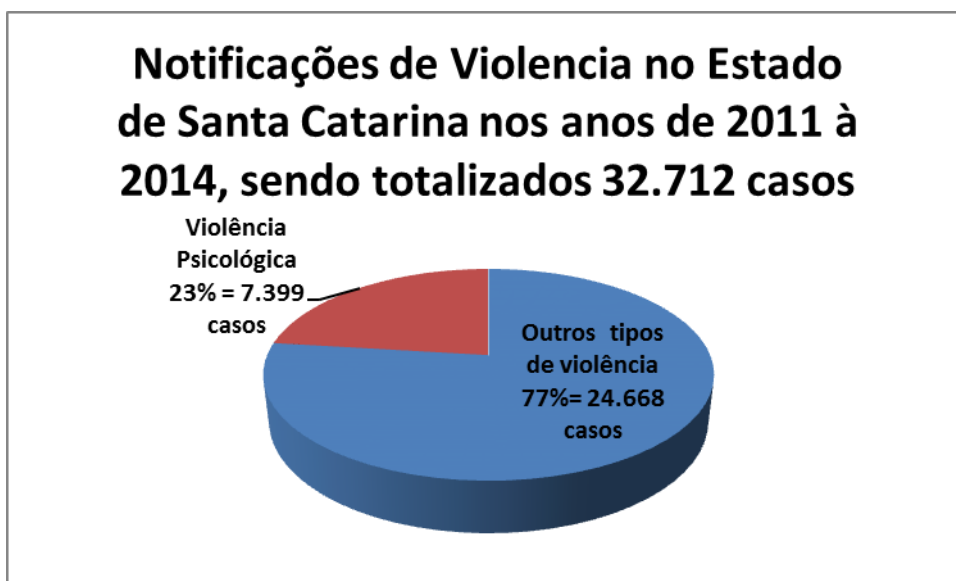


Gráfico 2: Notificações de violência Psicológica no Estado de Santa Catarina nos anos de 2011 à 2014
Fonte: SINAN (2015).

Segundo os dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) o gráfico 3 aponta os registros no Município de Princesa-SC, sendo 3 notificações em 2011, nenhuma em 2012 e 2013, 3 registros em 2014 e 4 notificações até 15 de maio de 2015.

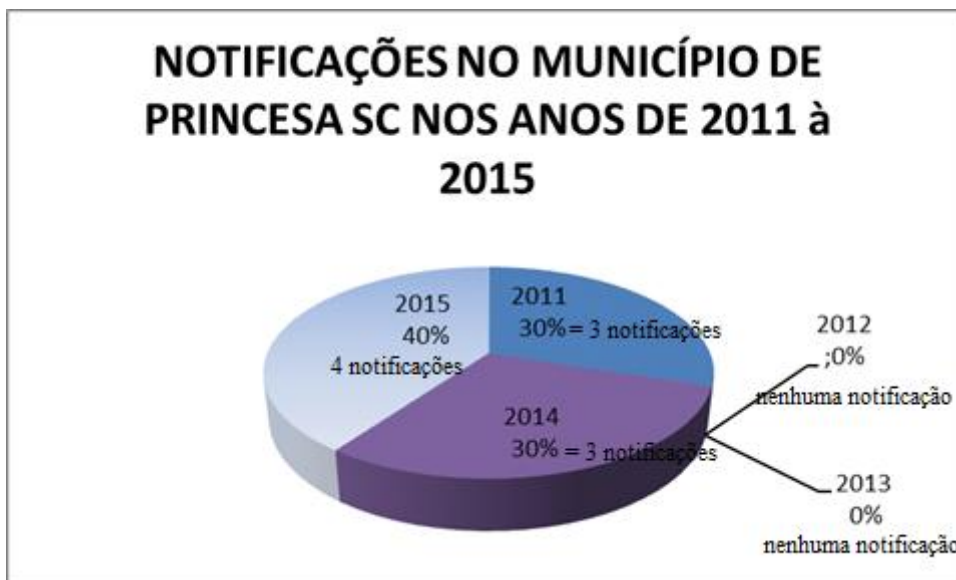


Gráfico 3: Notificações no município de Princesa nos anos de 2011 à 2015.
Fonte: SINAN (2015).

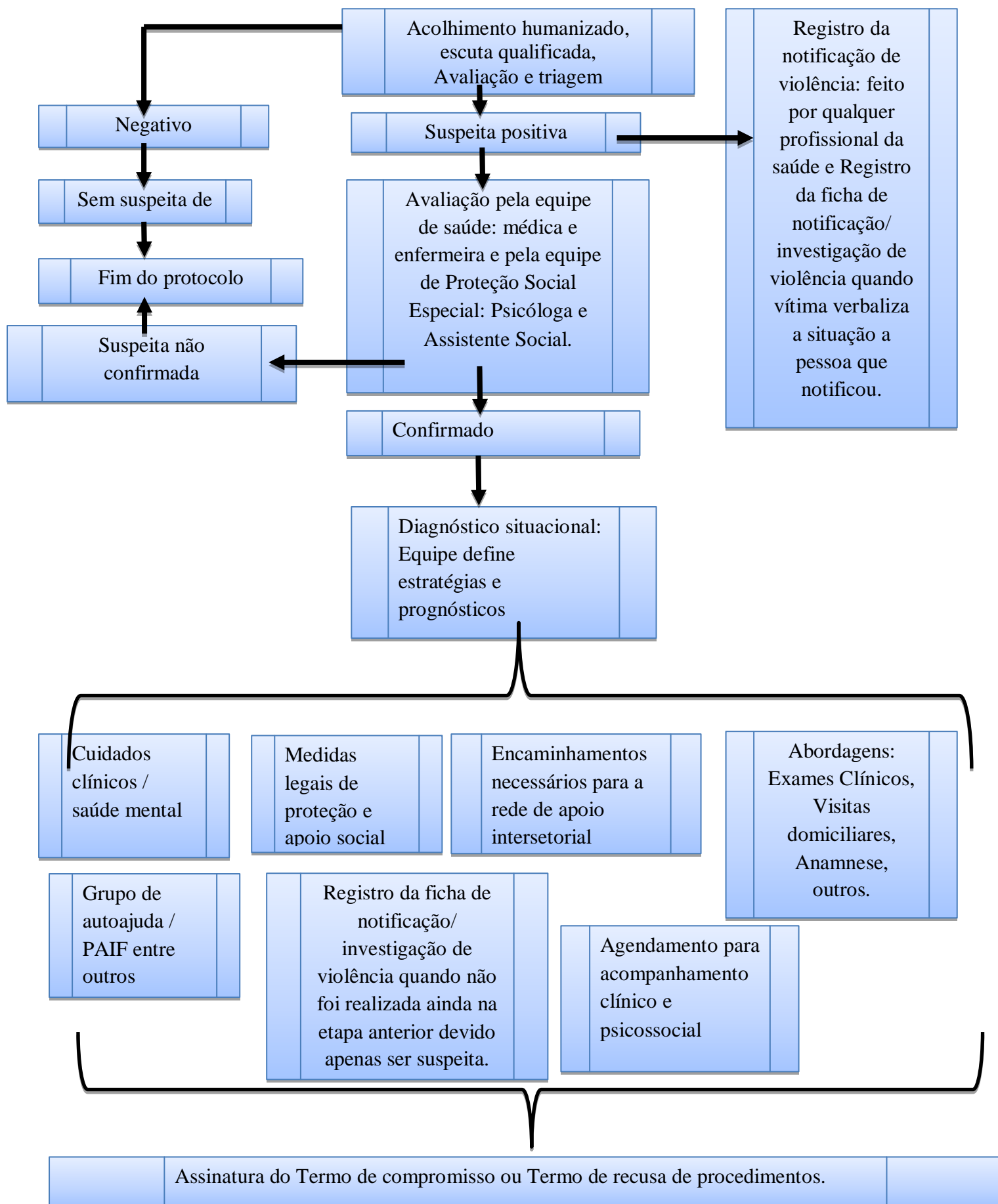
4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Na Unidade Básica de Saúde de Princesa são encaminhadas a atendimento psicológico diversas situações como: Pacientes atendidos pelas diversas especialidades (Médicos, Neuropediatras, Psiquiatra, etc) ou pelos setores como Hospitais Psiquiátricos, Escolas, CRAS, Conselho Tutelar e Ministério Público. São realizadas sessões de psicoterapia individual e se necessário intervenções com familiares, escola, Assistente Social e demais profissionais fazendo os encaminhamentos necessários.

Dentre as demandas são encaminhadas as vítimas de violência psicológica, que por muitas vezes, são encaminhadas para atendimento psicológico devido a queixas da paciente por algum motivo qualquer, mas que no decorrer da psicoterapia identifica-se que a mesma esta com estes sintomas devido a ter sofrido violência psicológica.

Meu primeiro contato com pessoas vítimas de violências nesta unidade foi ano passado (2014). Não existe protocolo para o atendimento destas situações apenas as notificações de violências, no entanto vejo que é de suma importância se ter um fluxograma de atendimento isso facilita muito para a equipe agir de forma correta nestes casos. A partir disso, e visando o menor prejuízo e exposição às vítimas de violências elaborei um fluxograma de acordo com nossa realidade de profissionais disponíveis município.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ESPECIAL: VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA



O papel do psicólogo no atendimento a vítimas de todos os tipos de violência é fundamental. Geralmente a intervenção inicial com as vítimas é no atendimento psicológico individual, neste momento busca-se com base no apoio psicológico acolher, proporcionar uma escuta qualificada, firmar vínculos e tornar o ambiente o mais receptível possível para que ela se sinta confiante para falar. Estes casos exigem um acompanhamento mais seguido com intervenções no intuito de acolher, fortalecer, preservar e valorizar a autoestima da vítima. Posteriormente é feito o registo na anamnese e os encaminhamentos necessários.

Além dos atendimentos individualizados é feito o acompanhamento da família com visitas domiciliares da equipe de Proteção Social Especial. Buscando conhecer a conjuntura familiar e fortalecer toda a família.

As facilidades encontradas: Ter uma equipe (Psicóloga e Assistente Social) comprometida e que tem perfil para atender esta demanda. Nos entendemos muito bem, compartilhamos experiências, discutimos casos e pensamos em conjunto estratégias de atuação, nem que isso tenha que ser feito fora do horário de trabalho.

As dificuldades encontradas no atendimento a casos de violência é que, primeiramente por ser um município pequeno, praticamente todos se conhecem e muitas vezes as vítimas não veem antes procurar ajuda, pois temem que seu caso se espalhe por toda a comunidade. Como também muitas vezes não sabem a quem recorrer ou então não tiveram um acolhimento que as fizeram se sentirem seguras para falar sua situação e a equipe acaba sabendo do caso quando a situação já se agravou. Devido a esta percepção, pensamos em algumas estratégias como: Procuramos então divulgar nosso trabalho no site da prefeitura, nas escolas, Conselho Tutelar, CRAS e em jornais, onde se é divulgado o que é o trabalho da Equipe de Proteção Social Especial, quem é a equipe, Casos que podem ser atendidos pela equipe, Resultados de projetos realizados com as famílias atendidas e principalmente a garantia de Sigilo.

No entanto são necessários outros olhares multidisciplinares que também debatam propostas, práticas e intervenções, esse olhar multidisciplinar que fará o diferencial.

Outro ponto é a falta de um fluxograma de atendimento as vítimas de violência, o que deixa parte da equipe bem confusa e de mão atadas, sem muitas vezes saber o que fazer. O primeiro passo seria a criação do mesmo e a capacitação de toda a equipe e não apenas dos profissionais diretamente envolvidos, assim ajudaria a melhorar a forma de

acolhimento, escuta, triagem e percepção das situações. Acredito que este olhar ajudará a minimizar os constrangimentos gerados nas vítimas e a identificação precoce de casos.

Além disso, outra estratégia, seria a obrigatoriedade de todos os profissionais fazerem os registros de notificações de violências vejo que muitos nem sabem que ele existe, então temos que iniciar apresentando o mesmo, colocando sua devida importância e frisando que isso é de responsabilidade de todos não de apenas uns profissionais.

Outro empecilho encontrado no caminho é atender forma efetiva a demanda de pessoas encaminhadas por sofrerem algum tipo de violência. Toda a demanda do município que não é referenciada ao CRAS que é voltado a prevenção é encaminhada para esta equipe de Proteção Social Especial que por não ser exclusiva para este serviço, vejo que não conseguimos ter um acompanhamento contínuo e efetivo como deveria ser, e isso por muitas vezes gera frustrações e sentimentos de incompetência, por não disponibilizarmos de tempo exclusivo para isso e sermos apenas duas para o município todo. Tentamos fazer este acompanhamento da melhor forma possível, mas me sinto como se estivesse apenas apagando incêndio.

Em fim, a experiência aqui relatada me levou a compreender sentir na pele uma realidade cruel de muitos e muitos profissionais que atuam em municípios de pequeno porte e que não tem todos os setores com equipes exclusivas, que por muitas vezes se sentem perdidos e impotentes diante de tantas demandas e poucos recursos, mas digo, é necessário estar comprometido com a qualidade de vida destas pessoas e mesmo com tantos encontros e desencontros, dificuldades, frustrações, impotência, opto por nunca desistir e sim continuar lutando por políticas públicas melhores e assumindo riscos, pois no final mesmo que não seja da maneira que gostaria, sei que vale a pena por receber aquele abraço de gratidão, aquela palavra de reconhecimento e um brilho tímido no olhar por todo seu esforço em fazer aquela pessoa que esta em sua frente se sentir um pouco melhor e ter uma vida mais digna. Fazer parte deste processo, deste crescimento, faz-me sentir especial.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os aspectos discutidos no artigo, entende-se que a atuação da equipe multidisciplinar é imprescindível para a recuperação das vítimas dos diversos tipos de violência e principalmente da violência psicológica, pois é de suma importância que estes profissionais caminhem na mesma direção.

Através deste relato de experiência, observa-se que há muito ainda a se fazer pela saúde pública, mas isso necessita da mobilização de uma grande equipe, onde a partir das decisões tomadas busca-se melhores condições de atendimento.

O artigo traz facilidades e dificuldades encontrada pela profissional psicóloga no atendimento as vítimas de violências, como também traz contribuições significativas no que diz respeito à importância de um atendimento humanizado e efetivo para a reorganização psíquica da vítima, já que a mesma apresenta-se emocionalmente fragilizada, e esse atendimento possibilitará para que ela se sinta confortável e segura para falar, contribuindo assim, para a superação do trauma e enfrentamento das consequências acarretadas por ele.

Toda esta reflexão me proporcionou grande crescimento pessoal e profissional, pois consegui me aprofundar mais nesta temática, rever procedimentos utilizados, pontos positivos e negativos.

Por fim, mesmo com tantas dificuldades no percurso, ter uma equipe capacitada e comprometida, que vai em busca de ações estratégias eficazes para melhor identificação, acolhimento e minimização de traumas desta demanda é o que fará diferencial e isso ajudará a reforçar o leque de programas de promoção e prevenção destes agravos.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, J. G. **Indisciplina na escola: alternativas teóricas e práticas**. 11. ed. São Paulo: Summus, 1996.
- BASSO, Ilda; ROCHA, José C. R; ESQUERDA, Marildeide D. **II Simpósio Internacional de Educação Linguagens Educativas: Perspectivas Interdisciplinares na Atualidade**. Bauru: Universidade do Sagrado Coração, 2008.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica –nº 8. **Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01 publicada no DOU nº 96 seção IE, de 18/05/01. Série E. Legislação de Saúde; n. 8. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbidade por Acidentes e Violência**. 1º ed. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.
- _____. Estatuto do Idoso. Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003b.
- _____. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de nov. 2003c.
- _____. Ministério da Saúde. **Violência Faz Mal a Saúde**. 1º ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Instrução Normativa nº 2/SVS/MS de 22 de Novembro de 2005**. Regulamenta as atividades de vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo, periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravados de Notificação –Sinan. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de nov. 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN: normas e rotinas**. 2º ed. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. **Por uma cultura da Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência**. 1º ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: Prevenção de violências e promoção da cultura de Paz.** 1º ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada.** Brasília/DF, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014.** Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 de junho de 2014b.

CANDAU, Vera Maria. **Escola e violência.** Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

COELHO, Elza Berger Selema; SILVA, Anne Carolina Luz Grudtner; LINDNER, Sheila Rubia. **Violência: definições e tipologia** [recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

CRIADO, Alex. **Fontes para a educação infantil.** São Paulo: Cortez, 2003.

CLASSIFICAÇÃO de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas- Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano. - Porto Alegre: Artmed, 1993.

HUTZ, Claudio Simon. **Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MARGARIDO, Ayrton. **O muro do silêncio: a violência familiar contra crianças e adolescentes.** Centro Interdisciplinar de Educação em Saúde. São Paulo: Editora CIEDS, 2010.

MARRA, Celia Auxiliadora dos Santos. **Violência escolar: a percepção dos atores escolares e a repercussão no cotidiano da escola.** São Paulo: Annablume, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, **Violência e Saúde.** Editora: Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

NJAIME, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia. **Impactos da Violência na Saúde.** 2º ed Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz. Educação a distância. Editora: Fiocruz, 2009.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos. **Desenvolvimento humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

RIQUINHO, Deise L; CORREIA, Sandra G. **O papel dos profissionais de Saúde em casos de violência doméstica**: um relato de experiência. Ver Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, 2006.

SCHARAIBER, Lilian Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; FALCÃO, Marcia Thereza Couto; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

WESTPHAL, Rafaela; SILVA, Maria Salete Da . **Discussões sobre violência**: relato de experiência com estudantes da Escola de Educação Básica Jonas Rosário Coelho Neves em Blumenau/sc.. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, 2013, Florianópolis. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, 2013.