

CAPACITAÇÃO PARA REDE DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

INSTITUTO SABIN
BRASÍLIA 2021



COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA:
GIULIANA MÁRQUES

COORDENAÇÃO DE CONTEÚDO:
ROBERTA LADISLAU

PRODUTORAS DE CONTEÚDO:
ANA CRISTINA SANTIAGO
JESSICA HELENA VAZ
LAURA FRADE
PATRÍCIA BOZOLAN
ROBERTA LADISLAU
SÍLVIA LORDELLO



O SUS E O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA



Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Conteúdo



Diagramação e edição



Sumário

APRESENTAÇÃO	4
O SUS E SEU PAPEL NA ASSISTÊNCIA A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	5
O Sistema Único de Saúde.....	5
Princípios Organizativos	6
Organização dos Serviços de Saúde	7
A Inclusão da Violência no SUS	10
Impactos e desafios das violências e acidentes no SUS	11
Linhas de cuidado com pessoas em situação de violência no SUS	13
Princípios do cuidado com pessoas em situação de violência no SUS.....	15
Princípios das Linhas de Cuidado por perfil da pessoa em situação de violência.....	17
Recursos lúdicos que auxiliam no cuidado com pessoas em situação de violência	19
Referências Bibliográficas	22
RECURSOS LÚDICOS NO ATENDIMENTO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	24
Referências Bibliográficas	30
RECURSOS LÚDICOS NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	32
Referências Bibliográficas	36

Apresentação

A trilha O SUS e o enfrentamento à violência abordará o SUS, seus níveis de atenção e suas funções, além do atendimento a crianças, adolescentes e mulheres vítimas de violência.

Abordaremos, ainda, reflexões sobre alguns recursos para atendimento e sobre a postura atenta e criativa do ludotecário.

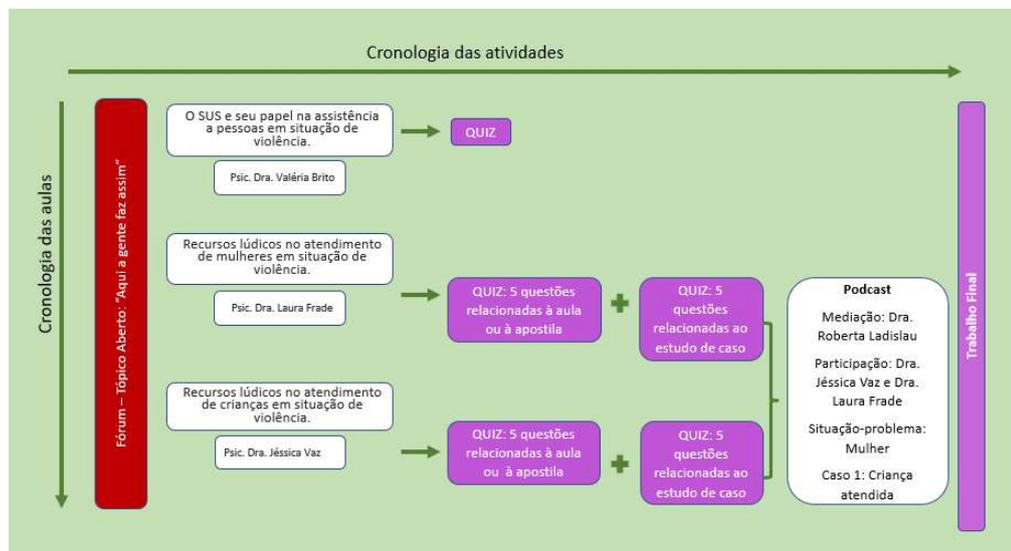
Esta trilha trabalhará também com um estudo de caso e uma situação-problema. Após cada videoaula, teremos um quiz para a fixação do conteúdo.

O quiz pode conter questões tanto da aula quanto da apostila e do **estudo de caso/situação-problema**. Tente resolvê-los antes de ouvir os comentários no podcast pelas psicólogas Dra. Laura Frade e Dra. Jéssica Malaquias.

Para encerrar com chave de ouro, faremos uma atividade final para fixar ainda mais o conteúdo (Figura 1).

Mãos à obra!

Figura 1: Desenho da trilha O SUS e o enfrentamento à violência



Fonte: Instituto Sabin, 2021

O SUS e seu papel na assistência a pessoas em situação de violência

Valéria Brito

O Sistema Único de Saúde

O Movimento da Reforma Sanitária é considerado um dos principais atores sociais no processo de invenção e implementação do SUS e do direito universal à saúde.

Esse movimento conseguiu aprovar o SUS, na Constituinte de 1988, e ainda vem implementando inovações organizacionais, como a gestão participativa e o controle social do Estado pela sociedade.

Esse movimento foi constituído pelos trabalhadores, docentes, investigadores e estudantes de saúde, em especial, ligados a Saúde Coletiva, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, dos programas de combate à AIDS/DST.

Há três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro:

- 1. A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos pilares que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (BRASIL, 1988);**
- 2. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional (BRASIL, 1990), e**
- 3. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).**

Princípios Doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS)

São princípios que regem o Sistema Único de Saúde:

Universalização: a saúde é um direito e uma garantia individual, expressão da cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. O acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, cor/raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas serem detentoras do direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Princípios Organizativos

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A **regionalização** é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o seu comando unificado. A **hierarquização** significa dividir os níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização: descentralizar significa redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. A responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional de **direção única**, na qual cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

O modelo democrático e civilizatório proposto pelo SUS, ao mesmo tempo em que amplia a arena de participação social na formulação e implantação de políticas, implica também o debate e a coexistência de estratégias de hegemonia e de contra-hegemonia.

A consolidação do SUS depende também de um novo projeto societário, da superação das históricas iniquidades sociais e econômicas do Brasil.

Organização dos Serviços de Saúde

A organização da rede de saúde do SUS (no Título II do Sistema Único de Saúde e na disposição preliminar do artigo 4º da Lei 8.080/90) está descrita como o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Pública Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público. Ainda estão incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, de medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

Em ressalva, é permitido à iniciativa privada participar do sistema, em caráter **complementar** e sob o controle social.

Historicamente, os serviços de saúde se organizaram de formas diversas para atender aos modelos de atenção vigentes e primaram pelos grandes hospitais, marcadamente localizados nas áreas mais desenvolvidas do país. A criação do SUS implicou em alteração dessa centralidade do hospital e na definição de níveis de atenção relacionados à complexidade dos casos: atenção básica/primária, média e alta complexidade, que são organizados de modo diversos nos municípios.

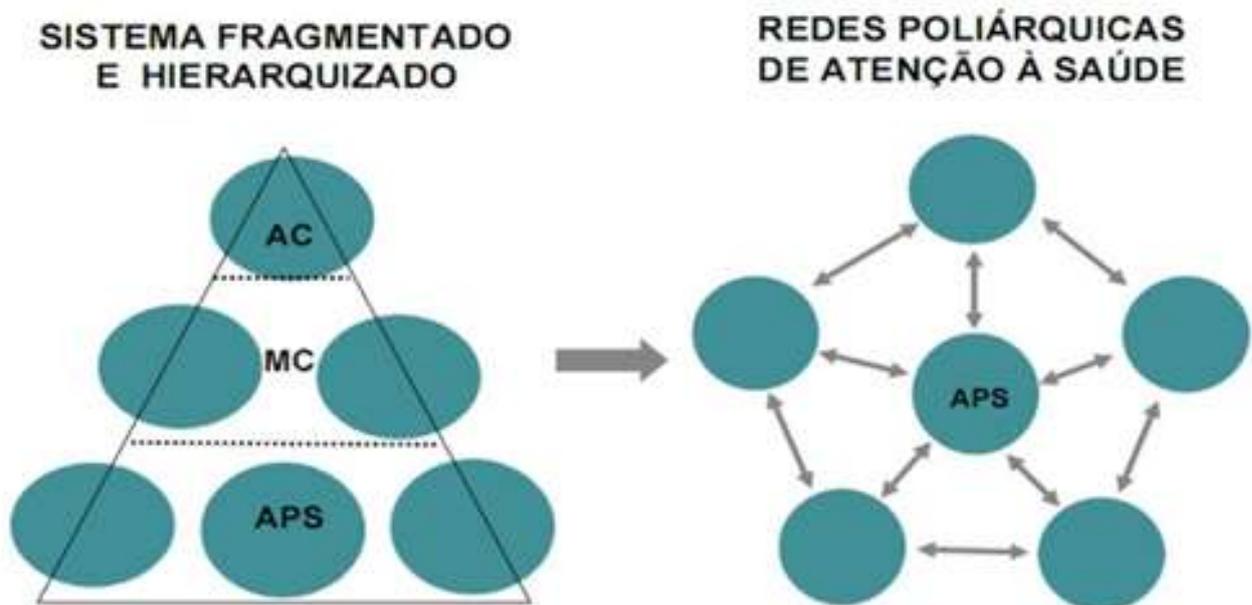
Na organização do SUS, destacam-se:

- ⦿ **A forma piramidal, de base larga, onde se organiza hierarquicamente um conjunto de serviços e unidades de saúde. São eles:**
 - a. o nível primário: postos e centro de saúde e saúde da família;
 - b. o nível secundário: especialidades médicas e pequenos hospitais local e regional, e
 - c. o nível terciário (hospitais de referência);
- ⦿ **A forma em rede, traduzida em organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão**

única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde.

Figura 1- Redes de atenção à Saúde (RAS)

Redes de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: Mendes, 2011.

LEGENDA FIGURA 1:

AC É ALTA COMPLEXIDADE;

MC É MÉDIA COMPLEXIDADE E APS É ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Esse ordenamento, por níveis de complexidade e com diferentes organizações, em cada território, é desafiado pela realidade fortemente influenciada pela transição demográfica (aumento da população urbana, maior expectativa de vida e redução do número de filhos nas famílias) e epidemiológica (doenças infecciosas não erradicadas e persistência de doenças relacionadas a carência de nutrientes, aumento de acidentes, violências e doenças crônicas), que se expressa por uma tripla carga de doenças na população brasileira:

Figura 2- Esquemas de doenças da população brasileira



Fonte: Instituto Sabin, 2021.

Nesse contexto, a Atenção Básica/Primária enfrenta grandes desafios:

- **Ser eficiente para atender de forma resolutiva a maior parte dos problemas de saúde da população;**
- **Coordenar as referências, contrarreferências, informações e demais etapas que compreendam as redes de atenção à saúde; e**
- **Se responsabilizar pela vigilância em saúde do território e da população.**

Tais atribuições são complexas e seu sucesso depende de investimentos em infraestrutura e mão de obra, profissionais qualificados e gestão eficiente dos processos de trabalho e dos serviços que compõem a rede. Deseja-se que a assistência seja prestada no tempo certo, no lugar certo, com custo e qualidade certos, de forma humanizada, segura e com equidade.

A **Atenção Primária** é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O nível intermediário, que exige média complexidade de atenção, fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

A **Atenção Secundária** é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade.

Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

A **Atenção Terciária** ou de alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização, realizado nos hospitais. Organiza exames, cirurgias e procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica) etc.

A Inclusão da Violência no SUS

A entrada oficial da violência na pauta do setor de saúde pública no Brasil foi em 2001, quando o Ministério da Saúde (MS) promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), 13 anos depois da instituição do SUS e 5 anos após a Organização Mundial de Saúde (OMS) colocar essa questão como prioridade para o setor, na Assembleia Mundial de 1996.

Os tópicos principais da progressiva pauta brasileira foram: violência contra as crianças e os adolescentes; violência de gênero; violência contra a pessoa idosa; violência no trânsito; violência no trabalho e, mais recentemente, violência étnica; contra a população portadora de deficiências e LGBT.

Em 2004, foi instituída a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (Brasil, 2004) em estados e municípios.

Já em 2005, foi estabelecida uma agenda estratégica que priorizou a estruturação do **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA**, da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS/MS.

A **Rede de Serviços Sentinela de Violências e Acidentes** foi implantada em 2006 com o objetivo conhecer a magnitude da violência a partir do atendimento pré-hospitalar e propor ações de prevenção e promoção da saúde articulando a vigilância à rede de atenção e proteção.

Em 2011, o sistema incorporou a notificação de violências de forma universal e compulsória em todos os serviços de saúde do país, passando a se chamar **Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA**.

Violência contra crianças e adolescentes, contra a mulher e contra a pessoa idosa passaram a ter prioridade na agenda de saúde.

Outros temas, como prevenção do trabalho infantil, do tráfico de pessoas, da violência em relação a raça/cor e contra a população LGBTQIA+, população de rua, pessoas portadoras de deficiências, populações privadas de liberdade, dentre outros, foram sendo incluídos na pauta. Sua presença na agenda pública depende muito da pressão da sociedade civil e dos organismos internacionais que advogam essas causas.

Impactos e desafios das violências e acidentes no SUS

O tema da violência faz parte do cotidiano de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção porque está incluído entre as causas externas, na classificação de doenças, tanto como causa de mortalidade: homicídio, suicídio, acidentes, como de morbidade: lesões, envenenamento, fratura, queimaduras.

A violência pode ser confundida ou estar encoberta em acidentes, como uma situação de negligência, que ocasiona queda em criança ou idoso, e ser uma decorrência de acidentes, como em brigas de trânsito, por exemplo.

Assim, no âmbito da saúde, define-se violência como:

“uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (KRUG et al., 2002).

KRUG et al. (2002) também propõem uma tipologia da violência que é empregada mundialmente na área da saúde:

Figura 3- Tipologias de violência



Fonte: OMS, 2004.

Há diversas teorias sobre as raízes da violência, no âmbito da saúde pública.

O modelo mais empregado é o modelo ecológico. Nesse modelo, não há um fator único que explique a violência. Ela é o resultado da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Compreender como esses fatores estão relacionados com a violência é um dos passos importantes na abordagem da saúde pública para a prevenção da violência.

Considerando a importância do tema da violência na saúde pública brasileira e os desafios e oportunidades que o SUS instaura no Brasil, nos últimos anos foram implementadas diversas políticas e estratégias para o enfrentamento da violência e acidentes de trânsito, entre as quais destacam-se:

- **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;**
- **Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito;**
- **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA);**
- **Política Nacional de Promoção da Saúde;**
- **Projeto Vida no Trânsito (PVT).**

Linhas de cuidado com pessoas em situação de violência no SUS

Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas:

A notificação é uma dimensão da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência (BRASIL, 2010), que prevê também o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz.

Definição de Caso:

Devem ser notificados casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres, homens em todas as idades.

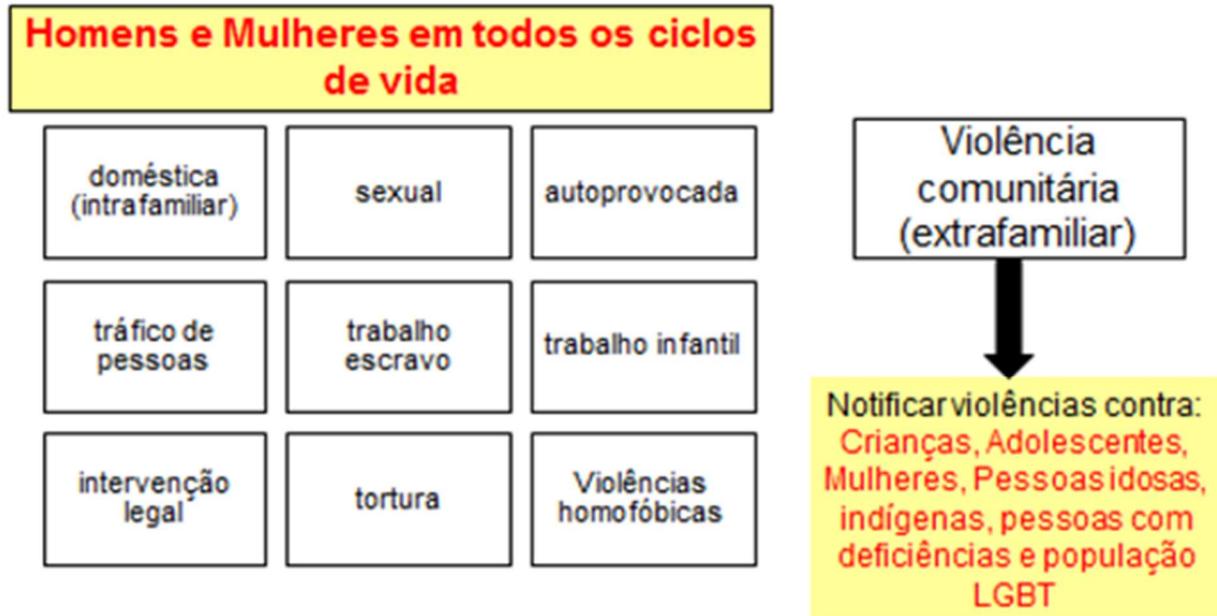
No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares, de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei nº 5.099/2004, Lei no 10.778/2003) e maus-tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei nº 10.741/2003).

Figura 4- Objeto de notificação

Objeto de Notificação

Casos suspeitos ou confirmados



Fonte: Brasil, 2013. Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. p. 29.

Por que é necessário notificar os casos de violências?

- ⊙ Permite conhecer a magnitude e a gravidade das violências e identificar os casos que permanecem “ocultos” nos espaços privados e públicos.
- ⊙ Possibilita compreender a situação epidemiológica desse agravo nos municípios, estados e no país, subsidiando as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz.
- ⊙ Para intervir nos cuidados em saúde, promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência.
- ⊙ Para proteger e garantir direitos por meio da rede de atenção e proteção. O trabalho de cada profissional que atende pessoas em situação de violência é estratégico para o fortalecimento da vigilância e da rede de atenção e proteção.

Princípios do cuidado com pessoas em situação de violência no SUS

Entende-se que o próprio processo de **preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada** é o momento inicial de cuidado com a pessoa que sofreu ou vive uma situação de violência.

Esse processo não deve ocorrer de forma fria e impessoal, mas sim com uma postura ética de cuidado e proteção. Notificar um caso de violência implica compromisso com a pessoa que está em sofrimento e que necessita de proteção e cuidado.

Todos(as) os(as) profissionais de saúde devem notificar. A notificação é compulsória em conformidade com a legislação. Ela não se restringe a uma ou outra categoria profissional. O ideal é que o(a) profissional que fez o atendimento também faça a notificação, mas a equipe ou o serviço de saúde tem autonomia para definir qual profissional preencherá a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, de acordo com o contexto de cada caso.

Recomenda-se que as comunicações exigidas por lei às instâncias de proteção e responsabilização não sejam feitas com a cópia da Ficha de Notificação, mas em um informe sintético que não identifique o(a) profissional ou o serviço que notificou. Essa medida visa proteger os(as) profissionais que realizam as notificações.

A notificação não é uma denúncia ou investigação das instâncias de responsabilização e proteção. **As informações pessoais contidas em documentos e prontuários são sigilosas, sendo seu acesso restrito.** O acesso por terceiros só é permitido diante de previsão legal ou consentimento expresso da pessoa ou seus responsáveis. Aquele que obtiver acesso às informações pessoais será responsabilizado por seu uso indevido. Assim, a notificação, é uma responsabilidade institucional e não meramente individual.

Os(as) profissionais, em especial, os(as) que atuam diretamente no atendimento à população, devem sempre receber apoio, suporte e proteção para que não sofram retaliações ou ameaças de prováveis autores(as) das violências.

O acolhimento da pessoa em situação de violência com classificação de risco é um trabalho participativo compartilhado entre gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as), na identificação de risco e definição de prioridades de atendimento. Todas as pessoas são atendidas, mas há

atenção ao grau de sofrimento físico e psicológico da pessoa e agilidade no atendimento, a partir dessa avaliação.

Os serviços de saúde devem organizar o atendimento de forma que as pessoas que foram vítimas de violência sejam atendidas o mais rápido possível, considerando a gravidade do caso, a idade da pessoa, entre outras características.

É preciso identificar as situações de maior vulnerabilidade a fim de elaborar estratégias preventivas de atuação.

Nos casos de famílias em situação de violência, deve-se observar a história da pessoa agredida, o histórico de violência na família e a descrição dos atos de violência. A equipe de saúde deve avaliar os riscos de repetição ou agravamento, visando à prevenção de novos episódios.

Tentativas de suicídio e violências sexuais são casos de notificação imediata pelo município (realizada em até 24 horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível) porque considera-se que, nessas situações, a notificação deve ser feita o mais rápido possível, considerando a importância da tomada rápida de decisão.

No caso da **tentativa de suicídio**, o encaminhamento e vinculação do(a) paciente aos serviços de atenção psicossocial é fundamental, de modo a prevenir que um novo caso de tentativa de suicídio se concretize. E, nas situações de **violências sexuais**, a notificação imediata visa agilizar o atendimento da pessoa e seu acesso às medidas de profilaxia às doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Quando se trata de **meninas ou mulheres**, busca-se também o acesso imediato à contracepção de emergência.

A violência é um fenômeno comum na sociedade, mas também é um tema estigmatizado, assim, todos(as) os(as) profissionais têm dificuldades para realizar o acolhimento e o cuidado nesses casos, em especial, quando acontecem nos grupos familiares.

Desenvolver uma atitude compreensiva, acolhedora e resolutiva precisa ser uma prática de todos(as) os(as) profissionais que entram em contato com as pessoas que são atendidas pelo serviço de saúde, incluindo a equipe de recepção, segurança e equipe multiprofissional – agente de saúde, enfermeiro(a), médico(a), psicólogo(a), assistente social, fisioterapeuta, dentista, fonoaudiólogo(a) etc.

As pessoas em situação de violência também têm dificuldades em revelar a violência e estabelecer a relação de confiança com a equipe.

É possível que pessoas em situação de violência apresentem manifestações comportamentais que alteram a rotina dos serviços de saúde, como por exemplo, agressividade direcionada aos(as) profissionais. É

importante lembrar que esses comportamentos não são um ataque pessoal a um(a) determinado(a) profissional, mas sim manifestações decorrentes da vivência traumática.

Por isso, o primeiro cuidado em saúde no atendimento a uma pessoa em situação de violência é acolhê-la com respeito e empatia. É importante acalmá-la e estabelecer um vínculo afetivo buscando resolutividade no atendimento.

Atitudes que promovem o atendimento humanizado e resolutivo de pessoas em situação de violência

- ⦿ **Reconhecer que a pessoa está em sofrimento, mas não se limita a essa situação, devendo ser destacado que a vítima tem forças e capacidades para superar a situação de violência;**
- ⦿ **Criar um canal de comunicação entre os(as) profissionais das diversas áreas do cuidado com o objetivo de evitar que a pessoa conte novamente sua história a cada novo atendimento. Cada vez que a pessoa relata a situação, ela revive a agressão sofrida, o que pode contribuir para sua revitimização e aumentar o sofrimento;**
- ⦿ **Informar sobre todos os procedimentos que serão realizados, esclarecendo as dúvidas para a pessoa atendida e seus familiares, como, por exemplo: tratamento e profilaxia; avaliação psicológica e acompanhamento clínico e psicoterapêutico, de acordo com cada caso e possíveis encaminhamentos para as redes de assistência social, da educação e outros serviços complementares, tais como, instituições de garantia de direitos (Conselhos Tutelares, Conselhos de Direitos, Ministério Público, Defensoria) ou de responsabilização (Delegacias), conforme a necessidade e a especificidade de cada caso;**
- ⦿ **Realizar os encaminhamentos necessários, partindo de fluxos e protocolos que assegurem o vínculo e a responsabilização dos demais serviços da Rede de Atenção e Proteção de Pessoas em Situação de Violência;**
- ⦿ **Informar a pessoa atendida que ela sempre poderá voltar à unidade, caso sinta necessidade de mais informações ou orientações.**

Princípios das Linhas de Cuidado por perfil da pessoa em situação de violência

- ⦿ ***Crianças e adolescentes:* sujeitos de direitos que devem ser tratados com prioridade absoluta nas políticas de saúde. Esses direitos estão consolidados no ordenamento jurídico brasileiro, mas, por vezes, são ameaçados pela violência difundida no tecido social, que afeta especialmente crianças, adolescentes e suas famílias. A violência**

resulta em altos custos econômicos e sociais para a sociedade, e tem profundos efeitos emocionais nas famílias, devido ao impacto que tem na saúde, na qualidade de vida e nos anos potenciais de vida perdidos.

➤ ***Indicação de leitura para a aula: Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência***

⦿ ***Mulheres:*** As pessoas do sexo feminino são a maioria das pessoas que busca serviços de saúde e compõe a maioria das pessoas que trabalha em unidades de saúde. Contudo, a literatura aponta que as queixas e problemas que as mulheres relatam nos serviços de saúde, tanto de urgência e emergência como de atenção primária, são reduzidos às suas manifestações no corpo, entendido da perspectiva biomédica, e, frequentemente, invisibilizam as situações de violência. Historicamente, essa perspectiva resulta em baixa eficácia técnica e simbólica e resulta em redução de problemas sociais a problemas médico-sanitários.

Desvelar a violência no interior dos serviços de saúde é, portanto, fundamental para que se desenvolvam práticas assistenciais adequadas e intersetoriais, com a qualidade de um cuidado integral.

Este processo demanda o entrosamento da saúde com os direitos humanos (e o das mulheres), lidando-se com sua violação em busca da recuperação desses direitos no restabelecimento da ética nas relações interpessoais, além do tratamento integrado dos agravos à saúde constatados e recorrentes.

Esta perspectiva reorienta, portanto, os objetivos e o papel dos serviços de saúde para um cuidado integral na assistência cotidiana e, sobretudo, fazendo-os somar com outras atuações sociais em movimentos ético-políticos contra a violência e a favor de seu controle e prevenção.

Para fazer face à complexidade do tema, há diversas proposições das equipes de saúde que foram descritas em âmbito nacional.

➤ ***Indicação de leitura para a aula: Referência Técnica para linha de cuidado com mulheres em situação de violência***

- ◎ **Pessoa Idosa:** A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI; BRASIL, 2017) estabelece como meta a atenção integral à saúde da pessoa idosa e considera a condição de funcionalidade como um importante indicador de saúde desta população.

A PNSPI tem por finalidade primordial promover, manter e recuperar a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

➤ **Indicação de leitura para a aula: Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**

- ◎ **População LGBTI+:** O alto índice de violência sofrido por esse grupo social, resultado da “LGBTifobia”, deve despertar no profissional de saúde a investigação de possíveis violências que a pessoa possa estar sofrendo no âmbito familiar, escolar, de trabalho ou na sua comunidade. Salienta-se, ainda, a importância crucial de conhecer e articular as instâncias de promoção e garantia de direitos dessa população, instituídas localmente, a fim de qualificar e ampliar o atendimento, bem como garantir acesso à informação e serviços no sentido da atenção integral.

Documentos norteadores: [Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais](#) [Nota Técnica: Plano Operativo \(2017-2019\) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais \(Política Nacional de Saúde Integral LGBT\) no âmbito do Sistema Único de Saúde.](#)

Recursos lúdicos que auxiliam no cuidado com pessoas em situação de violência

A violência é um tema complexo, altamente prevalente na população brasileira, que perpassa a experiência de todos(as) os(as) profissionais que atuam no SUS.

Para ilustrar como profissionais de saúde podem incluir recursos lúdicos no acolhimento e cuidado com pessoas em situação de violência, apresentam-se aqui dois casos baseados nas pessoas do sexo masculino da família personagem, Francisco e Diego.

Escolheu-se pessoas do sexo masculino porque frequentemente são identificadas como agressores, mas como a violência é naturalizada entre homens, poucas ações em saúde são realizadas para o cuidado com eles.

Ela me provoca!

Francisco, 32 anos, técnico em eletricidade, sofreu um acidente de moto e foi atendido pela equipe do SAMU e direcionado para um hospital de referência no atendimento de traumas. O acidente, envolvendo um carro, ocorreu próximo ao local de trabalho de Francisco e ele chegou rapidamente ao hospital, onde foi diagnosticado com uma fratura com indicação e redução cirúrgica.

Quando soube que seria internado, Francisco pediu que avisassem sua família porque seu celular foi danificado no acidente, informou que mora em um bairro distante, que é casado, tem dois filhos (9 e 6 anos) e que sua mulher está grávida.

Durante a internação, Francisco mostrou-se muito agitado, reclamava que a mulher não havia vindo visitá-lo e que estava preocupado.

Um técnico de enfermagem se dispôs a emprestar o celular a ele e observou que a conversa com a família tinha sido curta e que, na sequência, Francisco continuou agitado. O técnico comunicou essa observação à chefia da Enfermagem que fez uma anotação no prontuário.

Na alta, a fisioterapeuta pediu a Francisco que chamasse um membro da família para acompanhar as orientações sobre as atividades que precisava realizar em casa, no processo de reabilitação, mas Francisco disse que “não tem ninguém” e “ia dar um jeito”.

A fisioterapeuta, então, durante as orientações, colheu um pouco da história de Francisco, que contou que a mulher lhe pediu para não voltar para casa. Em seguida, solicitou à assistente social, Patrícia, que avaliasse como ele poderia ter acesso a acompanhamento da reabilitação próximo à casa de sua mãe, onde pretendia ficar.

Com base nas anotações do prontuário e na conversa com a fisioterapeuta, a assistente social convidou Francisco para conversar na Ludoteca, espaço mais amplo, que facilitava o posicionamento dele e tinha recursos lúdicos.

Francisco, até então, muito retraído, mostrou-se curioso com o ambiente, os brinquedos, e ficou mais relaxado. Contou sua história de

muitas privações na infância, sobre os filhos não planejados e sua preocupação com a renda da família e os conflitos frequentes com a mulher.

Patrícia identificou que Francisco estava em uma situação de violência e, considerando a literatura sobre violência doméstica considerou a situação de risco. Então, ao indicá-lo para a UBS próxima à casa de sua mãe, também informou sobre o caso à equipe da Saúde da Família, que atendia à região, e ao CRAS próximo da casa de sua mulher e filhos.

Não quero ser como meu pai!

Diego, 9 anos, frequenta o terceiro ano do Ensino Fundamental e participou de uma ação de saúde bucal na escola, promovida por pela equipe da UBS.

Durante a ação, o odontólogo identificou, além da baixa frequência e dificuldade na higienização bucal, prejuízos nos dentes decorrentes de bruxismo e comunicou à coordenação da escola.

Considerando sua reprovação, seu baixo rendimento e as informações que a professora dera sobre seu comportamento em sala de aula (tímido, retraído, sem amigos), a coordenadora sugeriu à equipe da UBS que atuasse em conjunto com a escola para cuidar de Diego.

Durante o acompanhamento, a mãe relatou que o comportamento dele em casa era o mesmo que na escola e que ele só se manifestava quando a “defendia” nas brigas com o pai, mas que ele nem sempre foi assim, que mudou “de uns tempos para cá” e “acho que teve um problema com os meninos na escola” e que estava mesmo era preocupada com a filha, que “se queixou do pai para a professora”.

Identificando a situação e risco para as crianças e para a mãe, a equipe sugeriu acompanhamento por uma equipe específica (PAV “Flores em Rede”), que funciona em Hospital acessível à família.

No acolhimento realizado pela equipe psicossocial do programa com recursos lúdicos da Ludoteca, Diego revelou que os colegas da escola sempre lhe deram apelidos porque seu pai é “branquelo” e sua mãe é “negona” e ele é mais parecido com o pai. Mas, que continuava brincando com eles, até que um dia, no banheiro, um colega “me agarrou” na frente dos outros meninos e passaram a chamá-lo de bichinha. Depois disso, disse que se sente muito mal na escola. Não teve coragem de contar para ninguém e que, após esse evento, quando vê as brigas dos pais “não aguenta” e que quer que a mãe saia de casa porque “não quero ser como meu pai”.

Referências Bibliográficas

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1998]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL. LEI 8080. **Lei orgânica da saúde**. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude_4163.html. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios**. [s.l]: Presidência da República, [2004]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. [s.l]: Presidência da República, [2006]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2010]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf. Acesso em: 12 maio 2021.

COELHO, E.B.S.; DA SILVA, A. C. G.; LINDNER, S.R. **Violência: Definições E Tipologias**, Florianópolis: USFC. 2014. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1862/1/Definicoes_Tipologias.pdf. Acesso em: 11 maio 2021.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G.. (2006). **Violência: um problema global de saúde pública**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Suppl.), p. 1163-1178, Rio de Janeiro: SCIELO. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>. Acesso em: 11 maio 2021.

DELZIOVO, C. R.; OLIVEIRA, C.S.; LUIZ, C.L. **Atenção a homens e mulheres em situação de violência**, Florianópolis: USFC. 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1881>. Acesso em: 11 maio 2021.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima; HANADA, Heloisa; DURAND, Julia. (2009). **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária**

em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), p. 1037-1050, Rio de Janeiro: SCIELO. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>. Acesso em: 11 maio 2021.

GUZZO, Patrícia Caprini; COSTA, Marta Cocco da; SILVA, Ethel Bastos da; JAHN, Alice do Carmo. (2014). **Práticas de saúde aos usuários em situação de violência: da invisibilidade ao (des)cuidado integral**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), p. 100-105, Porto Alegre: SCIELO. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.40451>. Acesso em: 11 maio 2021.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza et al. **Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6, Rio de Janeiro: SCIELO. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>. Acesso em: 11 maio 2021.

OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo de; OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo de; VALDEJÃO, Renata de Gáspari. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, Maranhão: UNA-SUS**. 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10281>. Acesso em: 11 maio 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Políticas e programas de promoção da saúde e de enfrentamento à morbimortalidade por violências e acidentes de trânsito**, Maranhão: UNA-SUS. 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10431>. Acesso em: 11 maio 2021.

SANTOS, Juliana Spinula dos; SILVA, Rodrigo Nogueira da; FERREIRA, Márcia de Assunção. (2019). **Saúde da população LGBTI+ na Atenção Primária à Saúde e a inserção da Enfermagem**. *Escola Anna Nery*, 23(4), e20190162. Epub October 14, Rio de Janeiro: SCIELO. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0162>. Acesso em: 11 maio 2021.

Recursos lúdicos no atendimento de mulheres em situação de violência

Laura Frade

Uma vida servindo aos impulsos agressivos da família é a realidade da ampla maioria das mulheres no Brasil.

Não é um destino que se possa admitir para qualquer pessoa. Representa um desafio de profunda transformação a ser encarado pelo governo e pela sociedade.

O trabalho apenas começou.

Para “[...] dar respostas eficientes e eficazes, precisamos nos valer da experiência, da pesquisa, porque é o *real* – o que acontece – que nos ensina” (DEJOURS, 2012). Ou seja, entendermos que é a vida, no seu contexto social, que merece e precisa ser ouvida. Que cada indivíduo é, ele próprio, mas também a história do seu tempo e das dominações de época.

Indicação de leitura para a aula: Dejours, 2012.

O combate à violência é fenômeno muito complexo, pois representa um chamado para além das paredes das salas de aula, dos escritórios ou das nossas casas.

É um movimento conjunto, corajoso, de revirar conceitos internos, dogmas e procedimentos antigos para dar concretude à grandiosidade envolvida nas revoluções silenciosas de transformação do mundo para melhor.

Todo projeto implementado já deu certo para cada uma das mulheres que sobrevivem. Mas precisamos que continue dando certo para construir um futuro diferente para cada uma das mulheres do Brasil.

O objetivo desse texto é descrever os resultados do trabalho desenvolvido ao longo de mais de cinco anos de pesquisa, do primeiro semestre de 2017 até o primeiro semestre de 2021, com mulheres em situação **de violência doméstica** (FRADE et al. 2018).

A proposta foi a criação de possibilidades que pudessem fornecer um diálogo com a realidade e, a partir dos **resultados**, consubstanciar uma **metodologia de atendimento** (FRADE; LADISLAU; TOSTES, 2020) eficaz na resposta à demanda dos altos índices de violência doméstica que chegam à Justiça (Conselho Nacional de Justiça).

Juízes de Fóruns de Regiões Administrativas do Distrito Federal solicitaram o suporte às Varas Criminais de Violência Doméstica de suas circunscrições e o serviço disponibilizado foi o de formação de **rodas de conversa**¹ com mulheres em situação de violência (SARRIERA; SAFORCADA, 2017).

Os primeiros desafios foram os **de identificar o local e horário** e conveniência das mulheres, pois os dados colhidos sobre elas mostravam que metade delas trabalhava, a outra metade não, mas tinha filhos e não tinha com quem deixar as crianças.

Então, uma primeira orientação importante, “[...] quando se vai fazer o trabalho com mulheres em situação de violência doméstica, é conversar individualmente com cada uma delas” (YALOM, 2006), para, a partir das suas reais disponibilidades, poder construir um horário e dia de encontro que seja efetivamente viável a participação.

A outra questão é o **local**. Ele precisa ser seguro, mas também precisa ser **próximo** à residência das mulheres. Um dos grandes problemas de frequência de participantes femininas em grupos e rodas de conversa é o fato de que o **transporte** tem custo.

No Distrito Federal, a passagem de ônibus custa R\$ 5,50 (cinco reais e cinquenta) a ida e o mesmo valor para a volta. Isso soma R\$ 11,00 (onze reais) por dia de comparecimento à atividade. Em quatro semanas, o mês fica onerado em R\$ 44,00 (quarenta e quatro reais), no mínimo. Isso representa pão e leite para as crianças e as mulheres, com frequência, priorizam o alimento à participação na atividade. Não sem razão.

¹ FERRAMENTA UTILIZADA PELA PSICOLOGIA COMUNITÁRIA, QUE É UMA APLICAÇÃO DA PSICOLOGIA SOCIAL PARA RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS SOCIAIS NAS COMUNIDADES.

Isso introduz outro tópico relevante: o trabalho com mulheres em situação de violência doméstico não é obrigatório, mas tem o propósito de não ser revitimizador.

Assim, é extremamente raro que as mulheres apresentem adesão significativa aos grupos propostos. A falta de assiduidade também torna pouco eficaz o resultado e, não raro, geram frustração junto aos que formulam e implementam ações no sentido de dar apoio a essas mulheres.

A realidade ensinou que o comparecimento é consequência da **vinculação**. Por isso, a **postura** de quem acolhe essas mulheres necessita ser **verdadeira, sincera e concreta**. Ela passa por viabilizar a **visibilidade dessas mulheres** (SARRIERA, 2015), que se dá quando **as olhamos nos olhos e ouvimos** com o coração. É que elas são invisibilizadas pelos parceiros no ciclo da violência doméstica. São afastadas dos amigos e parentes e, muitas vezes, têm até seus animais de estimação exterminados, como forma de agressão.

Bourdieu (2012) ensina, em sua obra 'A dominação masculina', "[...] que os homens, embora ouçam as mulheres, não as escutam e que, quando o fazem, perguntam: "você está louca"? É que a loucura é o atributo daquele que não deve ser levado a sério, que não tem importância, que é 'invisível'" (BOURDIEU, 2012).

A **segurança** é para elas, muitas vezes, condição de sobrevivência.

Assim, trabalhos realizados nos Fóruns, costumam ser bem acolhidos pelas vítimas de violência doméstica, que se sentem mais seguras dentro dessa estrutura institucional. Mas desde que tenham a certeza de que não irão encontrar o autor da violência nos corredores ou, ainda pior, na própria sala de encontros.

O uso de ferramentas como o google forms para identificar dia da semana e horário mais adequado é outra sugestão interessante ao se buscar organizar esses encontros. Ajuda os profissionais a, de forma mais rápida, encontrarem pontos de consenso nas agendas das possíveis participantes.

Outro **cuidado inicial** é, em contatos **individuais**, avaliar o grau de fragilidade e vulnerabilidade psíquica, porque embora o grupo seja, como ensina Yalom (2007), o melhor instrumento para auxiliar os membros a obterem novos repertórios e ferramentas para lidarem com suas dificuldades, participar do grupo exige uma estruturação mínima e, certamente, essas mesmas questões de transtornos psíquicos mais profundos e delicados devem ser objeto de acompanhamento individual prévio, para a segurança do próprio indivíduo, do grupo e para garantir bons resultados.

Isso significa que o trabalho com mulheres em situação de violência doméstica, deve sempre prever, de forma conjunta, o acompanhamento por psicólogo clínico, em psicoterapia individual, devendo essa ser priorizada quando a vulnerabilidade for expressiva.

Após cada um desses fatores ter sido observado, a ideia de se trabalhar em grupo, a partir da visão da maximização das habilidades individuais, encontra na **roda de conversa** um espaço acolhedor, criativo e capaz de produzir a recuperação da autoestima, da alegria e da autoconfiança dessas mulheres em situação de violência.

As rodas surgiram a partir do trabalho de um brasileiro, psiquiatra, chamado Adalberto Barreto², que entendeu que a dor da alma, não se cura com remédio, mas com afeto, acolhimento e apoio coletivo.

Foi a partir do trabalho desse cearense, que essa ferramenta se tornou disponível para quem precisa trabalhar a recuperação das dores da comunidade.

O trabalho com o REAL tem mostrado, que quando mulheres que partilham o mesmo sofrimento, compartilham suas soluções, todos ganham. É uma ferramenta extremamente útil e até preferencial, no trabalho com pessoas em situação de violência doméstica.

As **dinâmicas** envolvendo espelhos³, músicas⁴, espaço de fala que dá visibilidade⁵ e o compartilhamento **positivo** de experiências são as que melhores resultados geram.

O uso de **lideranças positivas**, com o compartilhamento de soluções eficientes que outras mulheres no grupo conseguem compartilhar, geram **alegria** e é ela que **afasta o temor**.

Começar e encerrar os encontros – que se mostram produtivos quando ocorrem no período entre uma hora e meia a duas horas – com canto, dança

2 PROJETO 4 VARAS. ADALBERTO BARRETO. FORTALEZA - YOUTUBE, 2020.

3 PREPARAR UMA CAIXA PEQUENA, COM TAMPA, ONDE SEJA COLADO UM ESPELHO NO FUNDO. FAZER CIRCULAR NA RODA DE MULHERES, DIZENDO QUE ELAS DEVEM ABRIR A CAIXA PARA DESCOBRIR, SEM CONTAR A NINGUÉM, QUAL O MAIOR PRESENTE QUE A VIDA LHE DEU. AO SE VEREM, FICAM SURPRESAS. NÃO ESTÃO ACOSTUMADAS E SE PERCEBEREM COMO UM PRESENTE. E DEPOIS QUE TODAS ABREM, INDIVIDUALMENTE A CAIXA, A CONVERSA FICA MUITO RICA.

4 TRISTE, LOUCA OU MÁ. FRANCISCO, EL HOMBRE.

5 YOZO. 100 JOGOS PARA GRUPOS. SÃO PAULO: AGORA, 1996.

ou outra forma de relaxamento é comprovadamente eficaz. Mas há que se garantir o **espaço de fala**, porque é com ele que as mulheres se organizam (elas falam para se organizar).

Ser ouvida recupera, para a mulher, a visibilidade perdida no ciclo da violência.

que não sabíamos é que a realidade tinha muito mais a nos ofertar do que simples respostas a perguntas formuladas. Foi a riqueza de sua contribuição que procuramos colher para compartilhar com aqueles que estão envolvidos em dar uma resposta adequada à demanda de reforçar a coesão social (DURKHEIM, 1973) perdida na pandemia das agressões, através do cuidado com a recuperação da **autenticidade** (MAILHIOT, 2013) e do **sentido** (JUNG, 1964) nos laços afetivos e familiares rompidos nos conflitos da violência doméstica.

Relativamente ao grupo de mulheres **vítimas** da violência doméstica, o propósito era **acolhimento e empoderamento**, de forma a se viabilizar a construção de novas ferramentas para o enfrentamento das relações conjugais violentas.

Foram realizados inúmeros encontros ao longo desses anos de trabalho, com participação livre das mulheres e utilização de dinâmicas, vídeos, debates e escuta ativa, tendo sido priorizada a utilização da Terapia Comunitária como linha teórica de base.

Aprendemos, que quando se trabalha com mulheres, é preciso acolher **os filhos**.

As Ludotecas são espaços importantíssimos para viabilizar que eles possam estar seguros e bem acolhidos, enquanto as mães também são recebidas e cuidadas.

A decoração do ambiente também é cuidado!

A luminosidade, o material disponível, tudo isso fala sobre a verdade no acolhimento, sobre o afeto no trabalho voltado à temática do feminino nas relações violentas de gênero.

Os grupos femininos de mulheres em situação de violência doméstica evidenciam baixo padrão de frequência. Por isso, é importante trabalhar para que **cada encontro seja transformador**, impactante e amoroso.

As vítimas desconhecem o conteúdo da Lei Maria da Penha e, por conseguinte, muitas vezes deturpam ou não percebem as **diferentes formas de violência**.

Este é um tema que precisa ser incluído no debate dos grupos, ainda que de forma leve e lúdica, a provocar o interesse e a assimilação.

O uso de substâncias é outra temática de grande relevância. Ele tangencia a maioria dos relatos e merece ser percebido não como causa, mas favorecedor da violência doméstica.

A construção de metodologia de trabalho com autores de violência doméstica (FRADE et al., 2020) está bem mais consolidada (FRADE; TOSTES, 2020). É que nessa área, o comparecimento obrigatório, orientado pelo Judiciário, favorece um número de encontros que resultam em eficácia mais ampla (FRADE et al., 2018). O trabalho com as mulheres, vítimas de violência doméstica, segue se apresentando como um desafio.

Os resultados aqui apresentados e as ideias sugeridas não são exaustivos. Representam uma contribuição para a construção de ferramentas lúdicas à superação do desafio da violência doméstica no Brasil.

Ouvir essas mulheres é a solução.

Referências Bibliográficas

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/85640-cnj-publica-dados-sobre-violencia-contra-a-mulher-no-judiciario>. Acesso em: 11 maio 2021.

DEJOURS, C. **A inteligência no Trabalho**: in Trabalho Vivo. Brasília: Paralelo 15, 2012.

DURKHEIM, Emille. **Da Divisão do Trabalho Social e Outros Texto** in Coleção Os Pensadores vol. XXXIII, São Paulo: Abril Cultural, 1973, p. 303-547. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/203937/mod_resource/content/1/Da%20divis%C3%A3o%20social%20do%20trabalho.%20%C3%89mile%20Durkheim%3B%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Eduardo%20Brand%3A%20-%20-%202%C2%AA%20ed.%20-%20S%C3%A3o%20Paulo%2C%20Martins%20Fontes%2C%201999.%20%281%29.pdf. Acesso em: 11 maio 2021.

FRADE, et. al. **Lições da Violência Doméstica**. Brasília: L&L de Souza, 2018.

FRADE; LADISLAU; TOSTES. **Lições da violência doméstica**: trabalho com autores. Brasília: L&L de Souza, 2020.

JUNG, Carl Gustav. **Chegando ao Inconsciente** in JUNG, ML von FRANZ e outros O Homem e seus Símbolos, segunda edição, Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1964.

MAILHIOT, Geráld Bernard. **Dinâmica e Gênese dos Grupos**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2013.

SARRIERA, Jorge; SAFORCADA, Enrique (orgs). **Introdução à Psicologia Comunitária**: bases teóricas e metodológicas. Porto Alegre: Sulina, 2017.

SARRIERA, Jorge. **Psicologia Comunitária**: estudos atuais. Porto Alegre: Sulina, 2015.

YALOM, Irvin D. **Psicoterapia de grupo**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2006.

YALOM, Irvin D. **Psicoterapia de Grupo**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2007. "Individual and collective representations" in "Sociology and Philosophy" New York: Free Press, 1898/1974.

Situação-problema

No momento atual de pandemia pela COVID-19, discute-se muito sobre o aumento da violência doméstica e da sua subnotificação pelo fato de vítima e agressor estarem no mesmo ambiente.

A pandemia, ainda, suspendeu o trabalho presencial em muitas instituições, demandando dos profissionais uma adaptação ao novo contexto. Como podemos viabilizar o atendimento *on-line* a mulheres em situação de violência?

Questões para elaboração da situação-problema:

- 1. Quais os cuidados que devemos ter para viabilizar o grupo?**
- 2. Quais estratégias seriam pertinentes de serem adotadas para gerar acolhimento para as vítimas e proporcionar-lhes um contexto propício para o compartilhamento das suas experiências?**
- 3. Quais dinâmicas poderiam ser utilizadas nesse novo contexto?**

Como você organizaria a logística desses grupos?

Recursos lúdicos no atendimento de crianças em situação de violência

Jéssica Helena Vaz Malaquias

A delimitação de espaços terapêuticos, acolhedores e protetivos para a comunicação da violência por parte das crianças é de central importância para a tomada de medidas de proteção e de garantia de direitos.

A criança, no momento da revelação, precisa que os profissionais lhe deem permissão explícita para falar sobre a violência sofrida. Em algumas circunstâncias, os dispositivos do sistema justiça, como as entrevistas realizadas nas Delegacias, nos Conselhos Tutelares, com os encontros com as equipes técnicas dos juizados, ou mesmo em juízo, restam infrutíferas na identificação e caracterização da violência sofrida.

Em algumas dessas circunstâncias, é apenas nas instituições do sistema de garantia de direitos que se manifesta a urgência da confirmação do abuso, o que geralmente se faz por meio de entrevistas com as crianças. Furniss (1993) atenta para o fato de que as urgências legais do processo de revelação turvam o raciocínio dos técnicos envolvidos.

Além disso, cria-se ali um contexto que, por vezes, não concede a permissão explícita para a criança revelar as violências.

As crianças já podem até ter revelado discretamente os fatos antes de chegarem aos espaços psicossociais de intervenção. Entretanto, esquece-se da constituição dessa permissão explícita, que é indispensável nesse contexto.

A concessão da licença terapêutica para revelar “é um processo bem mais inicial do que entrevistar legalmente a criança no momento da revelação” (FURNISS, p. 196, 1993). O autor faz questão de diferenciar esses dois processos, que são diferentes, mas igualmente necessários.

O processo que concede essa permissão explícita à revelação da criança e as entrevistas realizadas no âmbito da justiça são duas formas de comunicação que precisam cada uma do seu reconhecimento.

As entrevistas forenses intentam obter informações objetivas de modo que o Juiz seja devidamente provocado a determinar as medidas de proteção cabíveis.

É importante lembrar que o reconhecimento da violência apenas por aspectos emocionais e/ou comportamentais não é adequado (ROVINSKI, 2004 citado por Júnior, 2013).

Há diversos fatores envolvidos na observação das consequências de violências sofridas, desde a total ausência de sintomas psicológicos até os comprometimentos mais severos. Assim, **a ausência de indicadores não pode ser considerada equivalente à ausência da violência**; e a presença de alguns sinais e sintomas físicos e comportamentais não pode ser considerada evidência da experiência violenta (JÚNIOR, 2013).

Há, como identificado por Alaggia (2004 citado por Júnior, 2013), tipos variados de revelação da violência pela criança.

No caso de nossa família-personagem, é possível identificar **a revelação comportamental**, em que o sujeito informa o abuso por meio de comportamentos, ou facilita uma inferência dos adultos em observações indiretas.

A professora de Nicole cogitou que algo não estivesse bem com a criança a partir da queda em seu desempenho escolar. A partir disso, a revelação surge quando a professora interroga a criança dentro de um contexto não relacionado à violência.

Na história de Nicole, identificamos também o que Furniss (1993) denomina “Pessoa de Confiança”, que é justamente a pessoa a quem a criança escolhe revelar a violação de direitos em que se encontra.

Essa pessoa pode ser um adulto da família, um profissional ou mesmo um colega de mesma idade. É necessário que a criança perceba que no mundo externo há um conjunto de pessoas que sabem o que fazer para ajudá-la.

É fundamental que a criança perceba a disponibilidade para a proteção nas instituições e nos profissionais que as representam.

É a partir disso “[...] que a criança se deslocará da dinâmica do segredo implantada pela família, o que torna o lar um contexto assustador para ela” (FURNISS, 1993).

De toda forma, a depender do cenário e da forma com que a revelação é feita, o profissional técnico deverá lançar mão de diferentes abordagens à questão, atentando para que não haja vitimizações secundárias no próprio sistema.

Nesse sentido, é importante considerar que **os recursos lúdicos se tornam um conjunto de ferramentas que viabilizam um cenário mais protetivo** para o atendimento às crianças em situação de violência.

Costumeiramente, os profissionais técnicos dominam algumas estratégias de entrevista que incluem o brincar. Ali, por meio das funções mediadoras da brincadeira, a entrevista segue construindo conhecimento sobre a situação abusiva.

Alguns recursos lúdicos utilizados podem ser as bonecas anatomicamente exatas, uso de desenhos, vídeos e mesmo algumas brincadeiras e brinquedos livres à disposição da criança.

Salientamos que qualquer recurso lúdico não traz em si o potencial para a revelação. É a **sensibilidade e a competência** do profissional em comunicar-se com a criança que determinam a qualidade dos recursos nesse tipo de atendimento.

Furniss (1993) coloca, por exemplo, que os bonecos anatómicos são apenas a cobertura do bolo, não sendo o elemento essencial do atendimento. O uso de bonecos anatómicos deve ser livre para a criança, não sendo induzida pelo entrevistador a utilizá-los. Ela deve descobri-los por si mesma e, se assim quiser, fazer uso deles para se comunicar.

Os desenhos também são recursos muito eficazes na condução das entrevistas, pois permitem que a criança faça um retrato da realidade vivida. O desenho como objeto intermediário facilita que a criança se distancie confortavelmente do entrevistador e do assunto (MATTOS, 2002).

É uma ferramenta que ajudará a criança a diferenciar fantasia e realidade, permitindo que, junto ao entrevistador, se concedam as devidas referências a pessoas, lugares, fatos, esclarecendo-se gestos e palavras ali representados.

Os desenhos e bonecos abrem espaço para a projeção de determinados conteúdos, da mesma forma que as histórias de faz-de-conta.

É mais fácil para a criança falar cochichando como se fosse um fantoche, do que fazer um relato extremamente fidedigno e em primeira pessoa, instantaneamente, ao entrevistador.

Nos casos em que a violência sofrida se iniciou muito cedo e foi prolongada no desenvolvimento da criança, em meio ao medo, à culpa e à confusão, a vítima experimenta uma cisão dos conteúdos relacionados às experiências abusivas. Nesse cenário,

“[...] mesmos os desenhos apresentarão as características da fragmentação do objeto e do ego da criança, como alterações de localização

espacial, desorganização, características evacuativas, perseveração e limites excessivamente abertos” (MATTOS, 2002).

Os recursos lúdicos devem, assim, ser parte do contexto global do relacionamento adulto-criança durante o atendimento.

Lembre-se de que a prioridade é a criação de um contexto que dê a permissão explícita para a criança falar. Sendo assim, “a criança consegue expor o que houve apenas em função da autorização concedida por pessoas de quem ela dependa” (VIAUX, 1997). Nisso, a vinculação emocional que se cria com a criança é imprescindível para esse momento.

A “[...] vítima precisa se sentir segura e confortável na presença da pessoa que conduzirá o atendimento” (HABIGZANG et al, 2012).

O ato de brincar se configura então como um verdadeiro espaço intersubjetivo entre o profissional e a criança. É a via pela qual o adulto e a criança criam um espaço transicional, cujas características permitem a expressão subjetiva dos envolvidos. É o contexto em que material emocional denso e complexo, como uma denúncia de violação de direitos, poderá vir a ser compartilhado pela criança.

Concluimos pontuando que o recurso lúdico em si não guarda a força que o momento de uma revelação da violência necessita. Os recursos lúdicos constituem o território em que ocorrerá a permissão explícita concedida à criança para falar das violências, associada à vinculação emocional.

Acrescentamos também que o profissional responsável pelo atendimento deve estar munido de estratégias metodologicamente eficazes para a condução das entrevistas forenses.

O sucesso da entrevista e da revelação da criança depende da técnica utilizada adequadamente e do ambiente emocional favorável para a criança.

Um resultado de sucesso é permitir que a revelação da violência não promova maiores revitimizações.

Referências Bibliográficas

FERRARI, D.C. A.; VECINA, T. C.C. (Orgs.) **O fim do silêncio na violência familiar** (pp.174-200). São Paulo: Ágora, 2002.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança**: Uma abordagem multifamiliar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000100012. Acesso em: 11 maio 2021.

HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H.; HATZENBERGER, R.; STROEHER, F. H.; CUNHA, R. C.; RAMOS, M. S. **Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual**. In Luisa F. Habigzang et al. (pp. 221-231). Porto Alegre: ArtMed, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2008000300011. Acesso em: 11 maio 2021.

MATTOS, G. O. **Abuso sexual em crianças pequenas**: peculiaridades e dilemas no diagnóstico e no tratamento, Rio Grande do Sul: SCIELO. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a11v21n3.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

VIAUX, J-L. **A perícia psicológica das crianças vítimas de abusos sexuais**. In M. Gabel (Org.), *Crianças vítimas de abuso sexual* (pp. 121-131). São Paulo: Ed. Summus, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n2/11.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

Estudo de Caso

Rafaela, de 9 anos, filha de Marlene, está no Conselho Tutelar de sua cidade. O conselheiro tutelar Cristóvão está responsável pelo atendimento e está se preparando para realizar uma escuta inicial da criança.

Cristóvão está inseguro, pois até o momento não se sente muito preparado para lidar com situações de abuso sexual, como a de Rafaela.

A criança já está na sala lúdica do Conselho Tutelar, esperando por alguém, há cerca de 20 minutos.

Rafaela foi levada ao Conselho por uma tia, irmã de Marlene, mas essa senhora não pôde acompanhar Rafaela até a sala lúdica do atendimento.

Rafaela relatou à tia materna que vem sendo vitimizada pelo padrasto desde que eles se mudaram para a nova casa e desde que teve sua primeira menstruação – há cerca de 6 meses.

Quando Cristóvão entra na sala, Rafaela se assusta. Ele pergunta a ela se a espera por ele foi muito longa. A criança diz que sim.

Nesta sala lúdica, há alguns brinquedos doados, com um certo desgaste pelo uso e pelo tempo. Há uma casinha de bonecas, alguns bonecos e carrinhos. Cristóvão diz a Rafaela para ficar à vontade para brincar.

A menina relata que prefere desenhar, mas o conselheiro não sabe bem onde encontrar o material. Orienta que a criança brinque com as bonecas e faça de conta que ali ela vai representar o que aconteceu no último fim de semana com o padrasto, suposto agressor.

Rafaela começa a chorar e pede para retornar à tia.

O conselheiro Cristóvão diz à tia que então, infelizmente, encaminhará a criança para a delegacia, e que de um jeito ou de outro a criança vai ter que falar o que aconteceu.

Questões para a elaboração do estudo de caso:

- 1. Qual o papel que a tia assume neste caso?**
- 2. Como lidar com a insegurança profissional diante dos casos de violência?**
- 3. Qual postura deveria ter sido adotada pelo conselheiro com Rafaela?**
- 4. Como a revitimização poderia ser evitada?**
- 5. Ao final, o conselheiro Cristóvão diz que “a criança vai ter que falar o que aconteceu de um jeito ou de outro”, mostrando uma postura autoritária. De que forma tal postura pode repercutir no caso?**

Material Complementar**Acesse o canal do Instituto Sabin no YouTube:**<https://www.youtube.com/channel/UCuW-OLW4pDyjNaq3mmbd2vA>



INSTITUTO
sabin