



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA - PROFSAUDE

MARIA DA CONCEIÇÃO JULIÃO BADARÓ

**As estratégias de prevenção e cuidado das equipes de saúde da família frente às
violências em um município do sul da Bahia**

Porto Seguro

2022

Maria da Conceição Julião Badaró

As estratégias de prevenção e cuidado das equipes de saúde da família frente às violências em um município do sul da Bahia

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Sul da Bahia, com vistas a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Lina Rodrigues de Faria

Linha de pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional

Porto Seguro

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia
Sistema de Bibliotecas

B132e Badaró, Maria da Conceição Julião. -

As estratégias de prevenção e cuidado das equipes de saúde da família frente às violências em um município do sul da Bahia / Maria da Conceição Julião Badaró. Teixeira de Freitas, 2022 -
174 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia,
Campus Paulo Freire, Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família, 2022.

Orientador: Prof. Dra. Lina Rodrigues de Faria.

1. Cuidados primários de saúde – Saúde da família. 2. Violências.
3. Vulnerabilidades. I. Título. II. Faria, Lina Rodrigues de.

CDD – 614.021

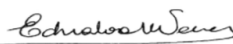
Maria da Conceição Julião Badaró

As estratégias de prevenção e cuidado das equipes de saúde da família frente às violências em um município do sul da Bahia

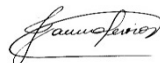
Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Sul da Bahia, com vistas a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Este trabalho foi submetido a avaliação e julgado aprovado em: 28 de Outubro de 2022

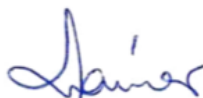
Banca Examinadora



Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Profa. Dra. Jane de Medeiros Guimarães
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)



Profa. Dra. Márcia Maria dos Santos de Moraes
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)



Profa. Dra. Lina Rodrigues de Faria – Orientadora
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)

Porto Seguro

2022

Dedico aos profissionais e usuários da Estratégia da Saúde da Família e a todos que enfrentam as violências em seus territórios. Obrigada por mudar e melhorar o meu olhar e por todos os ensinamentos, que me trazem incômodo, satisfação e motivação para seguir na luta pela consolidação e materialização das políticas públicas para orientação e acolhimento às violências.

AGRADECIMENTOS

Ao findar mais uma trajetória, confesso que não me via nesse caminho, por várias razões: já sexagenária, sem o recurso da visão e outras limitações impostas pelo tempo, cuja exaustão e cansaço de algumas horas lutando com a falta de acessibilidade digital não me sucumbiu a desistência. Valorizar esse espaço para mim é de grande relevância, isto porque, novas descobertas, aprendizados e mãos amigas só foram possíveis por vivenciar esse processo.

Em primeiro lugar, agradeço a nosso grande Deus por iluminar minha mente nos momentos difíceis, dando-me força e coragem para seguir.

Ao Sistema Único de Saúde, que possibilita a inclusão em tantos encontros, agradeço a oportunidade de participar de mais um processo de aprendizagem que remete a sentimentos de contribuir com o direito à saúde universal.

Ao PROFSAÚDE e a UFSB, que viabilizaram esse mestrado, contribuindo para a qualificação da Saúde da Família.

A professora Lina Rodrigues de Faria, pela experiente orientação, permeada por muita sabedoria, desvelada muitas vezes em tom paciente e acolhedor. Mais uma vez obrigada pelo apoio e confiança por acreditar que foi possível orientar de um jeito singular e pelas tantas oportunidades que fizeram desta trajetória algo muito mais do que uma titulação.

Agradeço aos professores do PROFSAÚDE: professor Tom por proporcionar bons encontros com debates e trocas valiosas; professora Jane pela amorosidade nos conhecimentos; a professora Rocio Alvarez, essencial no estímulo dos primeiros passos acadêmicos, com o incentivo ao meu desejo de fazer esta caminhada.

A professora Márcia Moraes, pelas contribuições na banca de qualificação, que auxiliaram na construção deste trabalho.

Estendo os agradecimentos aos amigos e companheiros de jornada, em especial ao colega Matheus Ribeiro que apesar da sua pouca idade, tornou-se um grande amigo, sempre colaborador e a todos os colegas de mestrado pelas trocas valiosas durante o percurso, obrigada, pelos aprendizados.

Aos amigos de profissão Josi, Márcia e Gleison, cada um com seu jeito especial de contribuir, de inspirar e compartilhar conhecimentos. Obrigada pela torcida sincera.

Agradeço aos profissionais das ESF Arraial Bairro e Wilson Batista, os profissionais da Rede Intersetorial, pois a viabilidade deste trabalho só foi possível graças à disponibilidade atenciosa de vocês. Minha gratidão e reconhecimento a todos!

Agradeço à família e aos amigos, vocês dão sentido para seguir em frente! Meus sinceros agradecimentos sempre!

Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender, e se podem aprender a odiar, elas podem ser ensinadas a amar.

Mandela, 1995.

RESUMO

Como fenômeno social e histórico, as violências fazem parte da experiência humana desde os primórdios das sociedades e são reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos principais problemas de saúde pública mundial. Desse modo, torna-se importante destacar que desde o início dos anos 2000 a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem ampliando o escopo de ações, com responsabilidades cada vez mais abrangentes, visando atender problemas que antes eram menos frequentes ou ausentes na agenda da saúde, como o acolhimento às vítimas de violências. Neste sentido, a pesquisa objetivou analisar as práticas de cuidado da ESF e as abordagens intersetoriais no acolhimento às vítimas de violências em um município do Sul da Bahia. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, desenvolvido com 4 Equipes de Saúde da Família no município de Porto Seguro-BA. Os dados foram coletados em três etapas, sendo a primeira o levantamento da literatura especializada nas bases de dados Scientific Electronic Library (SciELO), National Library of Medicine (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores: violências; vulnerabilidades; desigualdades sociais; intersetorialidade; Estratégia Saúde da Família. A segunda foi realizada a análise documental pelos registros de informações produzidas pelo projeto de intervenção sobre as violências no território nos anos de 2017 e 2018, durante o PETSaúde/ GraduaSus. Por fim, na terceira etapa, foram realizados grupos focais no período de novembro a dezembro de 2021, formados por profissionais de saúde, agentes comunitários e profissionais da rede de apoio ao combate às violências, totalizando uma amostra de 36 participantes. Após a coleta os dados foram transcritos e analisados utilizando técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin, organizados nas seguintes categorias: “Fragilidade do modelo de atenção biopsicossocial na abordagem no processo de trabalho”; “Subnotificação e invisibilidade das violências”; “Impactos da pandemia da Covid-19 e descontinuidade de ações”; “Cartilha de abordagem para o Enfrentamento dos Diferentes Tipos de Violências”; “O lugar da vítima”. As categorias demonstram que os profissionais reconhecem a fragilidade da rede de proteção às vítimas de violências, a ausência de condições estruturais e desarticulação entre os serviços, principalmente durante o período da pandemia da Covid-19. Apontam ainda que o cotidiano desses serviços é permeado pela redução do número e rotatividade de profissionais, precárias condições de trabalho com inadequação para o desenvolvimento da atenção, além das lacunas na capacitação e sensibilização. Conclui-se que os profissionais de saúde estão despreparados para atender casos de violências, conseguem identificar principalmente as lesões físicas, focam na abordagem biológica, não realizam a notificação de forma compulsória, o que representa um entrave para a visibilidade, conseqüentemente, não buscam estratégias de enfrentamento. Neste sentido, faz-se necessário ações de Educação Permanente sobre o tema.

Palavras-chave: violências; vulnerabilidades; desigualdades sociais; intersetorialidade; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

As a social and historical phenomenon, violence has been part of the human experience since the dawn of societies and is recognized by the World Health Organization (WHO) as one of the main public health problems. Thus, it is important to highlight that since the beginning of the 2000s, the Family Health Strategy (FHS) has been expanding the scope of actions, with increasingly broader responsibilities, aiming to address problems that were less frequent or absent from the health agenda. Health, such as welcoming victims of violence. In this sense, the research aimed to analyze the care practices of the Family Health Strategy and the intersectoral network in welcoming victims of violence in a municipality in Southern Bahia. This is an exploratory qualitative study, developed with 4 Family Health Teams in the city of Porto Seguro-BA. Data were collected in three stages, the first being the survey of specialized literature in the Scientific Electronic Library (SciELO), National Library of Medicine (Medline) and Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) databases. Using the keywords: violence; vulnerabilities; social differences; intersectorality; Family Health Strategy. The second was the documentary analysis by the records of information produced by the intervention project on violence in the territory in the years 2017 and 2018, during PETSaúde/GraduaSus. Finally, in the third stage, focus groups were held from November to December 2021, formed by health professionals, community agents and professionals from the support network to combat violence, totaling a sample of 36 participants. After collection, the data were transcribed and analyzed using the content analysis proposed by Bardin, organized into the following categories: "Weakness of the biopsychosocial care model in the approach to the work process"; "Undernotification and invisibility of violence"; "Impacts of the Covid-19 pandemic and discontinuation of actions"; "Booklet of Approach to Confronting Different Types of Violence"; "The place of the victim". The categories show that professionals recognize the fragility of the protection network for victims of violence, the absence of structural conditions and disarticulation between services, especially during the period of the Covid-19 pandemic. They also point out that the daily routine of these services is permeated by the reduction in the number and turnover of professionals, precarious working conditions with inadequacy for the development of care, in addition to the gaps in training and awareness. It is concluded that health professionals are unprepared to deal with cases of violence, can mainly identify physical injuries, focus on the biological approach, do not carry out the notification in a compulsory way, which represents an obstacle to visibility, consequently, they do not seek strategies of confrontation. In this sense, it is necessary actions of Permanent Education on the subject.

Keywords: violence; vulnerabilities; social inequalities; intersectorality; Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estados com mais assassinatos para cada 100 mil habitantes.....	24
Figura 2 – Metodologia para a seleção dos artigos.....	41
Figura 3 – Fluxograma do desenho metodológico.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Mortes Violentas Intencionais entre os anos de 2011-2021.....	25
Tabela 2 – Os 30 municípios mais violentos em 2015, com população superior a 100 mil habitantes, segundo a soma das taxas de homicídios e de MVCI.....	26
Tabela 3 – Os 30 municípios mais violentos em 2015, com população superior a 100 mil habitantes, em mortes violentas intencionais.....	27
Tabela 4 – Índice de violência nas cidades da Bahia entre 2017-2020.....	28
Tabela 5 – Quantitativo de casos de violência notificados entre 2017-2020, no município de Porto Seguro, por Sexo, Raça, Tipo de violência e local de ocorrência.....	29
Tabela 6 – Quantitativo de casos de notificações entre 2017-2022, por Unidade Notificadora do Município de Porto Seguro-BA.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis
CI	Conselho do Idoso
CICOM	Centro Integrado de Comunicações
CME	Conselho Municipal de Educação
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COVID-19	Corona Vírus Disease 2019
CRAM	Centro de Referência de Atendimento à Mulher
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
DAB	Departamento de Atenção Básica
DANT	Doenças e Agravos não transmissíveis
DP	Defensoria Pública
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia da Saúde da Família
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexuais
LPES	Laboratório de Práticas Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado da Saúde da Família
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PET-Saúde	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica

PNAPS	Política Nacional da Atenção Primária
PPS	Pacto Pela Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAB	Superintendência de Atenção Básica
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SINAN	Sistema Nacional de Agravos Notificáveis
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSB	Universidade Federal do Sul da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VI	Violência Institucional
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

APRESENTAÇÃO

Buscando compreender o papel dos serviços de Saúde, mais especificamente na Estratégia da Saúde da Família (ESF), no acolhimento às vítimas de violência, o silenciamento dos profissionais que lidam com tais situações, o presente estudo foi motivado pela minha inquietação acerca do tema das violências que ganhou visibilidade no trabalho desenvolvido pelo PET graduaSUS em 2016 e 2017 no qual participei como preceptora dos estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFSB.

O presente estudo discorreu a partir de um diagnóstico situacional do território cuja cartografia desvelou questões das vulnerabilidades bastante polêmicas no cotidiano do trabalho das equipes. Outros fatores despontaram e estes podem dificultar as ações para o enfrentamento das violências, como o medo e as ameaças aos profissionais e à Unidade e a fragilidade da Rede de Proteção. A articulação com outras políticas e instituições, constitui grande desafio, pela dificuldade de diálogo e entendimento quanto à função do setor da Saúde.

É verdade, as violências se expressam de muitas formas no dia a dia do trabalhador da saúde que está na Atenção Básica: são identificadas nos territórios pela ação do tráfico, ou pela precariedade de recursos básicos, as intrafamiliares “trazidas” pelos usuários, e ainda aquela vivenciada pelo trabalhador no processo de trabalho.

Embora seja um problema de grande relevância, é pouco falada e muito vivenciada pelos profissionais. Em pleno século XXI, observa-se uma cultura de banalização de certas violências, dificultando sua visibilidade para seu enfrentamento no contexto do território onde atuam. Destaco aqui, que a maior motivação para este estudo foi acreditar que é possível realizar ações de enfrentamento por meio de práticas de promoção e prevenção pelos profissionais. Que ressoem na sua concepção da integralidade do cuidado e percepção ampliada da saúde da pessoa em situação de violência, envolvendo não apenas o tratamento do agravo, mas ações em que o respeito, a autonomia e empoderamento dos sujeitos estejam presentes.

Na verdade, não se trata de uma questão de fé, mas de uma afirmação baseada em evidências, dada a característica da Atenção Básica que possui um lugar estratégico no acesso aos usuários. A proximidade com a comunidade, bem como o caráter longitudinal de cuidado às famílias possibilita maior vínculo com os usuários e conhecimento sobre necessidades específicas de cada território.

Ao reconhecer tais diretrizes que conformam a Atenção Básica, sua operacionalização não é uma tarefa fácil, ainda é um desafio romper com a hegemonia do

pensamento biomédico e segregação social, portanto, como discutir a prevenção de violências diante de um sistema econômico que gera tantas desigualdades? Quais estratégias podem ser pensadas na área da Saúde? Portanto, este estudo não tem a pretensão de formular respostas prontas, mas de buscar subsídios para as ações de enfrentamento das violências no contexto da Atenção Primária à Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL.....	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
3 MARCO TEÓRICO.....	31
3.1 VIOLÊNCIA E SUBJETIVIDADE.....	31
3.2 A VIOLÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA.....	33
4 METODOLOGIA.....	37
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	37
4.2 ÁREA DO ESTUDO E POPULAÇÃO.....	38
4.3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	39
4.4 ANÁLISE DE DADOS.....	46
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
5.1 APRESENTAÇÃO.....	47
5.2 CONTEÚDOS DOS GRUPOS FOCALIS.....	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	124
APÊNDICE B – Roteiro para o grupo focal 1	127
APÊNDICE C – Roteiro para o grupo focal 2	130
APÊNDICE D – Roteiro para o grupo focal 3	133
APÊNDICE E – Unidades Significantes, categorias e subcategorias de análise do GF1 (ACS).....	136
APÊNDICE F – Unidades Significantes, categorias e subcategorias de análise do GF2 (Profissionais da ESF).....	137
APÊNDICE G – Unidades Significantes, categorias e subcategorias de análise do GF2 (Rede intersetorial).....	138
APÊNDICE H – Categorias e subcategorias selecionadas a partir dos grupos focais....	139
ANEXO A – Termo de Anuência institucional	140
ANEXO B – Cartilha de abordagem para o enfrentamento dos diferentes tipos de violências.....	141

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética.....	142
--	------------

1 INTRODUÇÃO

O Brasil adentra o século e o milênio com mais um grave desafio de Saúde Pública: as violências. Embora não seja um problema específico da área da Saúde, uma vez que é resultado de uma complexa interação de diversos fatores, que podem ser individuais, sociais, econômicos, culturais, dentre outros, sua interface com a saúde revela que se transforma em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, a formulação de políticas específicas e organização de práticas profissionais e de serviços de saúde. Por isso, a sua abordagem deve ser interdisciplinar e intersetorial, apoiada no avanço dos conhecimentos científicos, na superação das desigualdades sociais e enfrentada pelos diversos setores da sociedade e do Estado (BRASIL, 2005; MINAYO, 2007).

As violências fazem parte da experiência humana desde os primórdios das sociedades. A cada ano, milhões de pessoas perdem a vida por abuso, negligência, agressões interpessoais, violência sexual, violência coletiva (DAHLBERG; KRUG, 2006). As diversas práticas violentas começaram a ser discutidas a partir do século XIX em vários países com ênfase nas suas consequências. A violência passou a ser caracterizada como um fenômeno social e despertou a preocupação do poder público e também de estudiosos de várias áreas do conhecimento. Essas reflexões adquirem maior relevância no contexto sócio histórico atual em que se presencia o aumento dos episódios de violência, exigindo dos profissionais de saúde ações competentes voltadas à construção de uma sociedade não violenta (SANTOS, 1996; FARIA; CASTRO SANTOS, 2020; FARIA; PATIÑO, 2020).

No Brasil, o tema das violências começou a ser debatido principalmente a partir das décadas de 1980/90. Contudo, nas duas últimas décadas ampliaram-se os estudos sobre violência e sua interface com a saúde, principalmente nos casos de violência de gênero e contra a mulher, em função do reconhecimento da dimensão do fenômeno como grave problema de saúde pública. Importante destacar a alta incidência e consequências físicas e psicológicas das pessoas violentadas (MINAYO, 1998; COELHO et al., 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como “o 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 e desenvolvimento prejudicado ou privado” (1996 *apud* DAHLBERG; KRUG, 2006, p. 1165).

Quando a OMS divulgou essa definição em 2002, o Ministério da Saúde do Brasil já havia publicado, oficialmente (Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001) um documento denominado “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”

introduzindo um conceito semelhante ao da OMS: “consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (BRASIL, 2001, p. 7).

Nas duas definições está implícito sentido de intencionalidade da violência; No entanto, faltou mencionar, explicitamente, a negação e a omissão de cuidados, de socorro e de solidariedade, como formas de violências. A questão da intencionalidade situa as violências em seu sentido eminentemente humano, pois só os humanos, antropológica e convencionalmente, possuem intencionalidade em seus atos ou omissões. Mencionar negligência e omissão explicitamente como formas de violências é um passo fundamental para se desnaturalizar processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção e cuidados, dentre outras situações, e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver (BRASIL, 2005a).

Nestas definições, são consideradas, segundo Dahlberg e Krug (2006), uma intenção independentemente do resultado produzido. Como lembra um dos importantes documentos da Organização Pan-Americana da Saúde:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (OPAS, 1994, p. 5).

Para Minayo e Souza (1998, p. 513), “a violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”.

Segundo o Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, publicado em 2002 pela OMS, as violências são responsáveis pelas transformações nos hábitos e comportamentos sociais, especialmente onde há manutenção das desigualdades sociais, econômicas, culturais, de gênero, etárias e étnicas (OMS, 2002).

Para Chauí (2018), “a violência é toda a forma de ação, pensamento e sentimento que reduz uma outra pessoa à condição de uma coisa”. A sociedade brasileira é violenta, diz Chauí, porque aceita a exclusão e transforma as diferenças em desigualdades sociais entre ricos e pobres, brancos e negros, homens e mulheres. O outro, jamais é reconhecido como sujeito com direitos, “jamais é reconhecido como subjetividade nem como alteridade” (CHAUÍ, 2018 *apud* FARIA, 2020).

Trabalhar com o tema das violências nos remete ao estudo de territórios, memórias,

subjetividades, desigualdades sociais, injustiças e realidades diferenciadas, cujas especificidades necessitam ser conhecidas. Fenômeno amplo e complexo, afeta países e coletividades de modo diferenciado. As violências podem ser expressas em diferentes contextos sociais, tendo como problema principal sua pluricausalidade. Determinar as causas dos vários tipos de violências (nos aspectos estruturais e conjunturais), não é uma tarefa fácil, uma vez que não se pode dissociar a sua multicausalidade de elementos como autonomia, conscientização, exclusão, pobreza, condições e experiências de vida (FARIA, 2020).

As violências são reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde como um dos principais problemas de saúde pública mundial, desde a década de 1990. Estima-se que seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo. No Brasil, sua face mais evidente se manifesta nas elevadas taxas de homicídios que constituem a principal causa de mortalidade da população jovem masculina, sobretudo de jovens pertencentes a determinados territórios – moradores de periferias urbanas, que ocupam posições sociais subalternas e apresentam características étnico-raciais negras e pardas (MINAYO; SOUZA, 1998; CERQUEIRA et al., 2019).

No atual cenário, enquanto está em curso a mais profunda transição demográfica de nossa história, rumo ao envelhecimento da população, a alta letalidade de jovens gera fortes implicações, inclusive sobre o desenvolvimento econômico e social” (IPEA, 2019, p. 6).

Ao referir às violências partindo do conceito de vulnerabilidade, enquanto um conceito que delimita, nos planos individual, biológico, social, cultural, programático e institucional as diferentes ações disponíveis para proteger pessoas e coletividades dos agravos à saúde, é possível afirmar que adolescentes, mulheres e os idosos são os grupos mais vulneráveis da sociedade nos modos de enfrentamento e prevenção às violências contra estes segmentos ainda são modestos, pouco eficazes e merecem especial atenção dos profissionais de saúde e das políticas públicas (VIEIRA NETO; DESLANDES, 2015).

Entretanto, os dados atuais sobre a violência trazem algumas evidências de outro processo, preocupante, que é o aumento da violência letal contra públicos específicos, incluindo negros, população de lésbica, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais (LGBTI+) e mulheres, nos casos de feminicídio, considerados grupos vulneráveis sobre os quais incidem as práticas de violência interpessoal, intrafamiliar (ou doméstica), de gênero e violência criminal (lesões corporais, estupro, feminicídios e homicídios) e também a violência derivada das dificuldades de acesso a ações e serviços de saúde. Importante destacar que no ano de 2021 ocorreram 1.319 feminicídios no Brasil de acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

Essas violências se manifestam de diversas formas, em diferentes graus de severidades e contextos, muitas vezes em uma sequência crescente de episódios relacionados a agressões (física, psicológica, patrimonial, institucional, intrafamiliar, doméstica, obstétrica, de gênero, sexual), além de negligência, assédio moral, automutilação, suicídio, sendo crianças e adolescentes, mulheres e idosos os grupos mais afetados (VILELA, 2008). No caso de violências contra mulheres, em especial, questões de construção de gênero, pelos modelos de masculinidade que são produzidos na sociedade brasileira e pelas desigualdades sociais que contribuem para o aumento do feminicídio.

Portanto, é urgente, refletir sobre as múltiplas expressões da violência, em especial, sobre as práticas sociais, os desafios relacionados às políticas públicas de prevenção diante de riscos e do desrespeito às pessoas. Enfatiza-se o fortalecimento de redes intersetoriais (como principal estratégia adotada para lidar com a questão da violência) e a interprofissionalidade na produção dos saberes e fazeres, para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da população.

Soma-se ao contexto atual que convém assinalar as possíveis repercussões da COVID-19 nos índices de violência e criminalidade, historicamente maiores em cenários de vulnerabilidades, os quais podem ser agravados pelas imensas desigualdades econômicas, sociais, políticas e culturais existentes (MORAES, 2020; FARIA; PATIÑO, 2020).

Nesse contexto de crise sanitária, observou-se o aumento das violências domésticas contra mulheres, crianças e adolescentes (MARQUES et al., 2020) bem como o aumento das taxas de homicídios (BERTONI, 2020). Segundo dados do Ligue 180 disponibilizados pelo *Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos*, houve um aumento de cerca de 17% no número de ligações com denúncias de violência contra a mulher durante o mês de março 2020, período inicial da recomendação do distanciamento social no país (GALVANI, 2020).

O distanciamento social, recomendado pela OMS, foi adotado pela maioria dos governos estaduais e municipais do Brasil como principal estratégia para a redução da velocidade de transmissão do coronavírus (SARS-CoV-2), agente etiológico da COVID-19. Entretanto, esse isolamento social teve várias repercussões negativas, dentre elas o aumento da violência intrafamiliar. Vale ressaltar que ao mesmo tempo em que se observa o agravamento das violências contra a mulher é reduzido o acesso aos serviços de apoio às vítimas, particularmente nos setores de assistência social, saúde, segurança pública e justiça (VIEIRA et al., 2020).

De acordo com os dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021), entre

março de 2020, mês que marca o início da pandemia de covid-19 no país, e dezembro de 2021, último mês com dados disponíveis, foram 2.451 feminicídios e 100.398 casos de estupro e estupro de vulnerável de vítimas do gênero feminino. Importante destacar que 61,8% das vítimas de feminicídio em 2020 eram mulheres negras.

Para além da violência contra mulher, crianças e adolescentes, no contexto da pandemia, ou mesmo fora dela, também entraram na agenda de políticas públicas a população idosa como grupo vulnerável. Alguns autores têm indicado que o enfrentamento à pandemia em países com sistemas universais de saúde tem melhor capacidade de resposta por oferecer cobertura universal de serviços aos cidadãos, desde a promoção da saúde e a prevenção até o tratamento de alta complexidade (GUIMARÃES, 2020).

No Brasil, o SUS é uma importante política pública de saúde, estruturada com base na Atenção Primária à Saúde (APS), operacionalizada no nível municipal pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que, desde 1994, oferta cuidados interdisciplinares à população brasileira. A ESF é organizada por uma equipe multiprofissional, que estabelece vínculos com o território por meio de práticas de promoção de saúde e prevenção de riscos e agravos na perspectiva do cuidado longitudinal e na resolução de problemas de saúde (BRASIL, 2017a). Assim as diretrizes que orientam as ações de prevenção e promoção de saúde inscrita no Pacto pela Saúde de 2006, no componente do Pacto pela Vida, prevê o cuidado integral a esses grupos vulneráveis e a prevenção das violências como uma das ações da Estratégia Saúde da Família, como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006).

Desse modo, torna-se importante destacar que desde 2006, a ESF vem ampliando o escopo de ações, as responsabilidades estão cada vez mais abrangentes, visando atender problemas que antes eram menos frequentes ou não incluídos na agenda da saúde – como o acolhimento às violências. Contudo, apesar do avanço em número de equipes da ESF nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território nacional, ainda se observa pouca atuação frente à violência (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009). A ESF mostra-se pouco atuante no enfrentamento e prevenção das mesmas. O predomínio do modelo médico técnico assistencial, as deficiências do ensino de Saúde Coletiva na formação dos profissionais e a falta de respaldo institucional também são apontados como entraves (VIEIRA NETTO; DESLANDES, 2015).

Minayo (1998) aponta que quanto mais o fenômeno se agrava, mais esforços colaborativos e intersetoriais são demandados por distintas frentes. Isto porque ao se analisar o problema da violência sob a ótica dos segmentos populacionais observam-se peculiaridades

marcantes, tanto em relação às ocorrências quanto às suas características e circunstâncias (BRASIL, 2001). A referida autora, ainda considera a complexidade do mundo contemporâneo, os tempos difíceis, estranhamentos culturais, as discriminações, as desigualdades extremas, a falta de oportunidade de trabalho, a escassa cidadania como fatores disparadores das violências.

Nessa lógica, se faz necessário trabalhar as violências, bem como seus impactos na saúde, articulando saberes de várias disciplinas, contribuições de vários campos profissionais, com a abordagem intersetorial e interdisciplinar para possível intervenção.

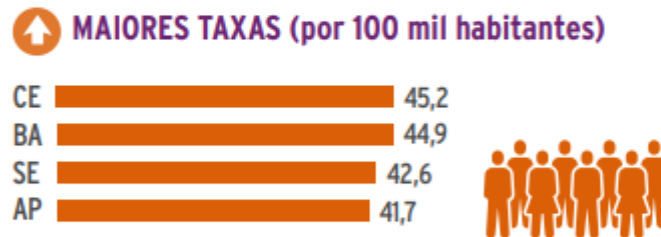
A necessidade em se trabalhar a temática das violências no Município de Porto Seguro (BA), surgiu a partir das demandas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Superintendência de Atenção Básica (SAB) e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), no qual atuo na coordenação, que em parceria com a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) e o Laboratório de Práticas Educação e Saúde (LPES), realizou um diagnóstico situacional no Distrito Sanitário Litoral Sul, no Bairro Arraial D'ajuda, no período entre maio de 2016 a maio de 2018, por meio do Programa PET-SAÚDE/GraduaSUS. A cartografia do território foi realizada a partir dos processos diagnósticos (situacional e participativo) no ano 1 (2016-2017) que envolveram a comunidade local, os profissionais das ESF, discentes e docentes da Universidade Federal, e evidenciou-se as "violências" como tema prioritário para intervenção no ano 2 (2017-2018). Discutiu-se os temas relacionados às desigualdades sociais, exclusão social, vulnerabilidades, riscos em saúde, intersetorialidade e práticas profissionais, evidenciando-se vários fatores de fundamental importância para superar as lacunas e os desafios no enfrentamento às violências no território.

Como resultado de tal trabalho foram diagnosticados os problemas: 1) Fragilidade nas práticas em saúde na Atenção Básica, em específico, da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na abordagem e no enfrentamento às violências no território; 2) Fragilidade da integração entre as redes intra e intersetoriais; 3) Carência de Programas de Educação Permanente na Atenção Básica sobre a temática.

No estudo acerca do panorama das violências, de acordo com os dados do IPEA entre os anos de 2017 e 2022, o estado da Bahia apareceu como um dos mais violentos e desiguais do país e o município de Porto Seguro entre os dez mais violentos do estado (CERQUEIRA et al., 2017; CERQUEIRA et al., 2018). De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2022), a Bahia é o segundo estado com mais assassinatos por 100 mil habitantes (Figura 1) e com maior número de mortes violentas intencionais do país (Tabela 1). Os crimes de violência sexual fazem parte da realidade de quase todos os 417 municípios baianos. Em 2017, apenas 98 deles (23,5%) não notificaram casos. Entre os municípios que registraram as maiores taxas, três

estão no Sul e Extremo-Sul da Bahia: Pau Brasil, em 4º lugar, com 64,19%; Itanhém, em 7º, com 48,52%; e Porto Seguro, em 9º, com 46,07% (Jornal Correio, 2017).

Figura 1 – Estados com mais assassinatos para cada 100 mil habitantes



Fonte: Fórum de Segurança Pública (2022)

Tabela 1 – Mortes Violentas Intencionais entre os anos de 2011-2021

Brasil, Regiões e Unidades da Federação	Mortes Violentas Intencionais - MVI										
	Ms. Absolutos										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Brasil	47.215	54.694	55.847	59.730	58.459	61.597	64.078	57.592	47.765	50.448	47.503
Região Norte	3.303	5.833	5.902	6.261	6.742	7.422	7.872	8.074	6.477	5.758	6.291
Acre	148	189	215	204	234	368	530	417	319	322	192
Amazonas	1.102	1.160	985	1.201	1.447	1.189	1.285	1.234	1.172	1.121	1.670
Amapá	26	174	245	274	250	399	434	484	461	356	472
Pará	1.269	3.401	3.536	3.611	3.772	4.207	4.527	4.720	3.497	2.876	2.881
Roraima	60	72	107	78	102	212	211	384	219	212	232
Tocantins	280	322	319	353	395	461	379	404	407	458	390
Região Nordeste	19.934	20.724	22.274	23.737	23.500	24.814	27.288	23.474	18.190	22.147	20.500
Alagoas	2.401	2.171	2.273	2.201	1.808	1.878	1.926	1.499	1.095	1.249	1.069
Bahia	6.051	6.530	6.026	6.366	6.273	7.091	6.979	6.348	6.002	6.696	6.734
Ceará	2.762	3.734	4.432	4.492	4.130	3.566	5.329	4.788	2.359	4.183	3.418
Maranhão	1.546	1.666	1.782	2.158	2.280	2.342	2.058	1.779	1.562	2.041	2.021
Paraíba	1.667	1.540	1.537	1.513	1.502	1.324	1.286	1.210	942	1.166	1.161
Pernambuco	3.378	3.321	3.097	3.434	3.889	4.480	5.427	4.173	3.412	3.760	3.368
Piauí	349	529	551	734	673	703	653	621	587	707	782
Rio Grande do Norte	1.068	388	1.624	1.762	1.659	1.980	2.355	1.926	1.264	1.357	1.155
Sergipe	712	845	952	1.077	1.286	1.450	1.275	1.130	967	988	792
Região Centro-Oeste	3.290	5.120	5.225	5.666	5.574	5.467	4.850	4.778	4.100	4.231	3.706
Distrito Federal	761	871	743	767	694	659	557	505	461	425	347
Goiás	1.055	2.588	2.774	2.851	3.054	3.014	2.676	2.705	2.251	2.209	1.881
Mato Grosso do Sul	459	614	578	646	600	622	564	590	482	607	589
Mato Grosso	1.015	1.047	1.130	1.402	1.226	1.172	1.053	978	906	990	889
Região Sudeste	14.409	16.430	16.701	17.584	16.028	16.866	17.224	15.432	13.949	12.978	12.031
Espírito Santo	1.489	1.736	1.641	1.626	1.462	1.308	1.508	1.187	1.064	1.206	1.160
Minas Gerais	3.780	4.125	4.240	4.421	4.360	4.370	4.136	3.216	2.829	2.708	2.450
Rio de Janeiro	4.164	4.241	5.348	5.719	5.010	6.262	6.749	6.714	5.980	4.907	4.755
São Paulo	4.976	6.328	5.472	5.818	5.196	4.926	4.831	4.315	4.076	4.157	3.666
Região Sul	6.279	6.587	5.745	6.482	6.615	7.028	6.844	5.834	5.049	5.334	4.975
Paraná	3.475	3.453	2.874	2.870	2.840	2.940	2.557	2.409	2.219	2.490	2.407
Rio Grande do Sul	1.880	2.222	2.043	2.691	2.799	3.051	3.132	2.485	2.012	2.033	1.824
Santa Catarina	924	912	828	921	976	1.037	1.155	940	818	811	744

Fonte: Fórum de Segurança Pública (2022).

Porto Seguro registrou em 2015 a maior taxa de homicídios entre os municípios com

mais de 100 mil habitantes (101,03), seguida por Eunápolis (96,46) e Teixeira de Freitas (90,21). Nesse cenário, o número de assassinatos contra jovens e mulheres é alto. A região apresenta índices alarmantes de violência. Dois dos principais municípios da região – Itabuna e Porto Seguro – figuraram entre os mais violentos do país, em número de assassinatos, especialmente, por arma de fogo (WASELFSZ, 2015).

O município de Porto Seguro aparece com maior número de assassinatos contra mulheres. Em 2014, segundo dados da SESAB, entre os 50 primeiros municípios com alto índice de morte de mulheres no país, 22 estavam na Bahia e dentre os municípios baianos, Porto Seguro liderava o ranking de feminicídios (SESAB, 2014).

Porto Seguro – juntamente com outros municípios baianos Eunápolis e Santa Cruz Cabrália – está entre os cinco municípios em que os jovens estão mais expostos às violências no Brasil, segundo pesquisa do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021). A questão da violência sexual é grave nos três municípios, envolvendo também comunidades indígenas. O Atlas da Violência de 2017 indicava Porto Seguro como o nono município mais violento do extremo sul da Bahia (Tabela 2).

Tabela 2 – Os 30 municípios mais violentos em 2015, com população superior a 100 mil habitantes, segundo a soma das taxas de homicídios e de MVCI

#	UF	Município	População	Número de Homicídio	Número de MVCI	Taxa de Homicídio	Taxa de MVCI	Taxa de Homicídio +MVCI
1	PA	Altamira	108.382	114	2	105,2	1,8	107,0
2	BA	Lauro de Freitas	191.436	177	10	92,5	5,2	97,7
3	SE	Nossa Senhora do Socorro	177.344	159	12	89,7	6,8	96,4
4	MA	São José de Ribamar	174.267	159	9	91,2	5,2	96,4
5	BA	Simões Filho	133.202	112	11	84,1	8,3	92,3
6	CE	Maracanaú	221.504	172	26	77,7	11,7	89,4
7	BA	Teixeira de Freitas	157.804	114	25	72,2	15,8	88,1
8	PR	Piraquara	104.481	83	8	79,4	7,7	87,1
9	BA	Porto Seguro	145.431	123	2	84,6	1,4	86,0
10	PE	Cabo de Santo Agostinho	200.546	147	24	73,3	12,0	85,3
11	PA	Marabá	262.085	201	15	76,7	5,7	82,4
12	RS	Alvorada	206.561	162	4	78,4	1,9	80,4
13	CE	Fortaleza	2.591.188	1729	295	66,7	11,4	78,1
14	BA	Barreiras	153.918	1	119	0,6	77,3	78,0
15	BA	Camaçari	286.919	207	16	72,1	5,6	77,7
16	PA	Marituba	122.916	94	0	76,5	0,0	76,5
17	PR	Almirante Tamandaré	112.870	72	14	63,8	12,4	76,2
18	BA	Alagoinhas	154.495	103	14	66,7	9,1	75,7
19	BA	Eunápolis	113.191	66	19	58,3	16,8	75,1
20	GO	Novo Gama	106.677	79	1	74,1	0,9	75,0
21	GO	Luziânia	194.039	143	2	73,7	1,0	74,7
22	PB	Santa Rita	134.940	100	0	74,1	0,0	74,1
23	MA	São Luís	1.073.893	758	36	70,6	3,4	73,9
24	GO	Senador Canedo	100.367	74	0	73,7	0,0	73,7
25	PA	Ananindeua	505.404	352	3	69,6	0,6	70,2
26	GO	Trindade	117.454	82	0	69,8	0,0	69,8
27	CE	Caucaia	353.932	209	38	59,1	10,7	69,8
28	PE	Igarassu	112.463	60	18	53,4	16,0	69,4
29	ES	Serra	485.376	315	21	64,9	4,3	69,2
30	BA	Feira de Santana	617.528	218	205	35,3	33,2	68,5

Fonte: Atlas da Violência (2017)

Em relação às mortes violentas intencionais, entre os anos de 2019 e 2021, o município de Porto Seguro aparece na vigésima sexta posição no ranking (Tabela 3).

Em 2020, segundo relatório do Centro Integrado de Comunicações (CICOM) da Polícia Militar de Porto Seguro - BA de 2021, houve aumento significativo de violência contra mulher. Foram registrados 86 casos de agressões contra mulher, 103 casos de ameaças e 12 ocorrências de estupros, provavelmente reflexos do isolamento social devido a pandemia da COVID-19, período em que a maioria das pessoas não procuraram as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Tabela 3 – Os 30 municípios mais violentos no período 2019-2021, com população superior a 100 mil habitantes, em mortes violentas intencionais

Município	UF	Mortes Violentas Intencionais - Ns. Abs.			Taxa por 100 mil hab.			Taxa média	Posição
		2019	2020	2021	2019	2020	2021		
Cabo de Santo Agostinho	PE	153	188	184	73,9	90,0	87,3	83,7	1
Caucaia	CE	220	360	276	60,9	98,6	74,8	78,1	2
Feira de Santana	BA	402	557	478	65,4	89,9	76,6	77,3	3
Simões Filho	BA	96	122	95	71,4	89,8	69,3	76,9	4
Camaçari	BA	215	231	254	71,9	75,9	82,1	76,6	5
São Gonçalo do Amarante	RN	103	74	58	100,6	71,4	55,3	75,7	6
Japeri	RJ	78	64	90	74,5	60,6	84,7	73,3	7
Altamira	PA	132	58	49	115,2	50,0	41,8	69,0	8
Mossoró	RN	224	187	159	75,3	62,2	52,3	63,3	9
Ilhéus	BA	89	102	111	54,8	63,8	70,4	63,0	10
Santo Antônio de Jesus	BA	64	78	51	63,0	76,2	49,4	62,9	11
Maracanãú	CE	117	180	116	51,3	78,4	50,2	60,0	12
Alagoinhas	BA	73	90	107	48,2	59,1	69,9	59,1	13
Vitória de Santo Antão	PE	82	93	70	59,1	66,6	49,9	58,5	14
Itaituba	PA	72	54	52	71,1	53,3	51,2	58,5	15
Nossa Senhora do Socorro	SE	110	127	87	59,9	68,4	46,3	58,2	16
Juazeiro	BA	108	122	151	49,8	55,9	68,8	58,2	17
Macapá	AP	322	243	315	64,0	47,4	60,3	57,2	18
Santa Rita	PB	79	79	70	57,8	57,5	50,7	55,3	19
Santana	AP	75	56	73	61,8	45,5	58,5	55,3	20
Angra dos Reis	RJ	141	108	80	69,2	52,2	38,1	53,1	21
Itaguaí	RJ	99	67	47	74,4	49,7	34,4	52,8	22
Igarassu	PE	68	69	50	58,1	58,3	41,8	52,7	23
Belford Roxo	RJ	326	232	224	63,8	45,2	43,5	50,8	24
Piraquara	PR	48	71	54	42,5	61,8	46,2	50,1	25
Porto Seguro	BA	54	71	102	36,3	47,1	66,9	50,1	26
Maranguape	CE	56	103	36	43,4	79,0	27,3	49,9	27
Queimados	RJ	108	60	57	71,8	39,6	37,4	49,6	28
Teixeira de Freitas	BA	64	70	108	39,9	43,1	65,7	49,6	29
Sobral	CE	61	136	111	29,2	64,5	52,3	48,7	30

Fonte: Fórum de Segurança Pública (2021)

Em 2021, um estudo do IPEA apresentou a distribuição dos 120 municípios mais violentos entre as unidades federativas. No estudo é possível verificar que todas as unidades federativas apresentam ao menos um município entre os mais violentos. Rio de Janeiro, Bahia e Pernambuco se destacam como os estados mais violentos. Em termos regionais, a seguinte distribuição de municípios: Norte com 16; Nordeste com 50; Sudeste com 30; Sul com 15 e Centro Oeste com 9.

O Índice de violência nas cidades da Bahia entre os anos de 2017 e 2020 mostra municípios baianos mais violentos (IPEA, 2021).

Tabela 4 – Índice de violência nas cidades da Bahia entre 2017-2020

Cidade	Taxa Homicídios registrados segundo ano*			
	2017	2018	2019	2020
Simões Filho	118,74	79,76	49,86	89,80
Porto Seguro	101,75	100,94	45,73	47,10
Lauro de Freitas	97,59	65,61	71,05	44,60
Camaçari	98,93	64,69	68,53	75,90
Eunápolis	77,33	69,45	51,16	55,90
Ilhéus	75,24	57,02	57,91	63,80
Jequié	71,33	49,42	29,49	36,50
Teixeira de Freitas	60,13	68,16	42,99	43,10
Santo Antônio de Jesus	70,24	74,55	64,03	76,20
Salvador	62,04	54,07	43,55	54,00
Itabuna	62,67	63,46	67,53	37,90
Vitória da Conquista	60,41	65,21	51,41	47,80
Juazeiro	60,39	41,82	48,45	55,90
Alagoinhas	58,65	72,27	58,05	59,10
Barreiras	40,09	34,45	33,45	46,50
Paulo Afonso	42,16	36,75	32,26	35,40

Feira de Santana	37,04	42,47	42,94	89,90
------------------	-------	-------	-------	-------

* Taxa por 100 mil habitantes

Fonte: IPEA - Atlas da Violência, Fórum de Segurança Pública (2021).

Ao analisar os dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referente ao município de Porto Seguro no período de 2017 a 2022, evidenciou-se que no total geral de notificações (1.065), as violências mais frequentes foram contra mulheres (83,61%), sendo a violência física (37,8%) a mais comum, seguida da violência psicológica/moral (34,6%) e da violência sexual (9,65%). Essas violências foram praticadas em ambiente domiciliar (76,1%) (Tabela 5) e corroboram com os dados do Atlas da violência 2021 nos quais as mulheres são as principais vítimas da violência no Brasil.

Tabela 5 – Quantitativo de casos de violência notificados entre 2017-2022, no município de Porto Seguro, por Sexo, Raça, Tipo de violência e Local de ocorrência.

Características	Quantitativo por ano						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Sexo							
Feminino	48	141	312	153	142	38	834
Masculino	14	38	59	35	9	10	165
Total	62	179	371	188	151	48	999
Raça							
Ign/Brasil	16	4	11	4	1	-	36
Branca	11	41	81	21	36	5	195
Preta	9	35	59	44	18	7	172
Amarela	2	1	2	2	2	-	9
Parda	20	92	199	109	93	36	549
Indígena	4	6	19	8	1	-	38
Total	62	179	371	188	151	48	999
Tipo de Violência							
V. Física	44	77	230	133	73	33	590
V. Psicológica/moral	23	89	232	106	68	20	538
V. por tortura	8	16	23	18	9	8	82

V. sexual	24	50	57	39	25	6	201
Tráfico de seres humanos	0	0	0	0	2	0	2
V. financeira/econômica	1	4	21	19	31	1	77
Negligência/Abandono	1	15	18	0	1	0	38
V. trabalho infantil	0	5	0	0	1	0	6
V. Intervenção legal	1	1	1	0	0	0	3
Outras violências	1	6	2	8	3	1	21
Total	103	263	584	323	216	69	1558
Local de Ocorrência							
Residência	27	59	281	131	90	56	644
Habitação Coletiva	-	1	2	1	2	-	6
Escola	-	3	2	-	1	-	6
Bar ou Similar	2	2	2	2	2	3	13
Via Pública	17	20	34	21	8	13	113
Comércio/Serviços	-	-	5	3	3	-	11
Indústria/construção	-	1	-	-	-	2	3
Outros	-	1	-	-	-	2	3
Total	52	99	340	170	108	76	845

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação 2022.

A complexidade do problema demanda esforços de diferentes frentes para conceder soluções viáveis. A articulação intersetorial é um caminho necessário, e indica a importância de envolver vários atores sociais na abordagem à violência. No âmbito das políticas públicas, é preciso que educação, saúde, justiça e assistência social estejam interarticuladas na continuidade e integralidade das intervenções e resolução do problema (LIMA et al., 2011). No campo da saúde, a Atenção Primária à Saúde constitui um dos principais componentes desta rede, visto que é a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde. Um dos principais dispositivos da APS, no Brasil, são as Unidades de Saúde da Família (USF), as quais, por meio da Estratégia Saúde da Família, permitem respostas da saúde pública às questões das violências em sua dimensão territorial (MARGARIDO; PRÓSPERO; GRILLO, 2013). No contexto da Saúde da Família (SF), os vínculos estabelecidos entre profissionais e usuários facilitam a identificação, intervenção e acompanhamento das situações de violências.

Nessa perspectiva, o presente estudo descrito busca responder algumas perguntas norteadoras: Quais os desafios atuais para discutir as violências na agenda da ESF? Quais são as estratégias de enfrentamento às violências utilizadas nas práticas de cuidados em saúde na ESF? Quais as percepções dos profissionais da ESF e da rede intersetorial sobre o atendimento às vítimas de violências?

Espera-se com essas indagações considerando o contexto estudado, favorecer o monitoramento dos casos de violências que permita o acolhimento às vítimas, além da compreensão das práticas e dos modos de enfrentamento às violências, a fim de contribuir com as equipes e gestores na consolidação e na materialização das políticas públicas, nas orientações para o acolhimento às violências no território.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas de cuidado da Estratégia de Saúde da Família e as abordagens intersetoriais no acolhimento às vítimas de violências em um município do Sul da Bahia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar as percepções dos profissionais da ESF e da rede intersetorial sobre o atendimento colaborativo às vítimas de violência
2. Identificar as principais estratégias de prevenção e cuidado das equipes da ESF e da rede intersetorial no enfrentamento às violências no território;
3. Descrever as ações de Educação Permanente desenvolvidas pelas equipes da ESF no enfrentamento às violências;
4. Investigar a utilização da Cartilha de Abordagem às Violências pelas equipes da ESF como guia orientador no enfrentamento às violências.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 VIOLÊNCIAS E SUBJETIVIDADE

A compreensão das práticas violentas e o olhar sobre aqueles que sofrem violências têm se tornado ângulos importantes de estudo e análise para entender as relações violentas e aprimorar ações de políticas públicas, em especial na área da saúde. A Psicologia Social tem se demonstrado como uma importante área de conhecimento para a produção de estudos sobre as violências, uma vez que propõem ações e políticas sociais diversas que auxiliam na ruptura de práticas violentas, desvelando os mecanismos complexos que as mantêm na sociedade. Neste sentido, de que forma a Psicologia Social contribuiu para se pensar as dinâmicas sociais que sustentam, intensificam e contribuem para o surgimento da violência contra mulheres, crianças, adolescentes, idosos, moradores de rua, usuários de drogas, populações periféricas, LGBTQI+?

A Psicologia Social, de modo geral, faz uma diferença conceitual entre agressão e violência. Enquanto a violência é entendida negativamente, a agressão é considerada parte integrante do psiquismo humano, sendo a violência geralmente julgada como uma forma nociva de agressão (ARGEMÍ; RUEDA, 2002; FARIA; PATINO, 2020). Nas teorias da Psicologia Social contemporânea, a agressão e a violência têm um carácter relacional: isto é, manifestam-se contra alguém e são executadas por alguém. Desta forma, um ato agressivo se localiza em contextos de interações intersubjetivas (interpessoais ou intergrupais), possui uma dimensão intencional que causa um dano e, finalmente, é acima de tudo, um comportamento antinormativo (ARGEMÍ; RUEDA, 2002).

Assim sendo, a norma, a normalidade, o *ethos coletivo* podem ser entendidos como regras de conduta e regularidade funcional social, que se opõem ao que é considerado desordem e irregularidade e disseminado pelo poder de normalização (ADORNO, 2001; FOUCAULT, 2001).

É crescente o reconhecimento do tema acerca da necessidade de se incluir na agenda da saúde as questões de violências e suas interações intersubjetivas, a fim de que a partir do seu reconhecimento se possa enfrentá-las (DAHLBERG; KRUG, 2006). As autoras complementam que não se deve reduzir as consequências de maneira imediata, elas podem estar presentes ao longo de toda a vida e impõe uma carga de danos e prejuízos aos indivíduos, famílias, comunidades e ao sistema de saúde em todo o mundo.

Algumas indagações pautam as discussões sobre violências e suas interações intersubjetivas que remetem, em especial, para os processos psicossociais presentes na construção de identidades subjetivas de pessoas que vivenciam cenários de violências. Como trabalhar um tema tão complexo em um contexto marcado por desigualdades sociais, dificuldades de acesso, discriminações e vulnerabilidades?

São inegáveis as sérias implicações, imediatas e de longo prazo, para a saúde e desenvolvimento psicológico e social que as violências representam para os indivíduos, famílias, comunidades, países. Soma-se a tais impactos as consequências das violências para os serviços de saúde, permeados pelos escassos recursos disponíveis. Nesse sentido, torna-se fundamental que os profissionais da área de saúde, os primeiros a socorrer as vítimas das violências, possuam capacidade técnica e habilidades socioemocionais para acolher aqueles que estão em situação de fragilidade.

Reduzir as consequências associadas à violência apenas às lesões e mortes, restringe a compreensão das violências no campo dos fenômenos sociais e da saúde. Tal processo cria obstáculos para a elaboração de estratégias de enfrentamento das violências, que visam atender problemas que antes eram menos frequentes ou não incluídos na agenda da saúde e da Psicologia Social (FALERIOS, 2003).

As violências produzem, muitas vezes, deformações nas identidades subjetivas, especialmente naquelas populações pobres e vulneráveis, por meio do processo de criminalização da pobreza e das desigualdades sociais. Muitas vítimas de violências assumem a identidade que lhe é atribuída socialmente (CROCHÍK, 2008). Contudo, uma vez que as identidades subjetivas são construídas na relação com a cultura, o que está em jogo é a forma como a sociedade tem lidado com as populações que sofrem violências, em um contexto crescente de vulnerabilidade, injustiça social, dificuldades de acesso e desigualdades sociais, com consequente precarização das condições de vida (FARIA; PATIÑO, 2020).

As injustiças e desigualdades sociais são tão antigas quanto as violências, e vêm ampliando suas formas de manifestação nos dias atuais. Segundo Ricoeur (2001 *apud* FARIA, 2020, p. 18), é:

pela incapacidade do homem de escapar totalmente ao mal que afeta o exercício das liberdades humanas, que se cometem injustiças. Pela incapacidade de agir com ética, de se enxergar a si mesmo e ao outro, respeitando os símbolos e valores que estruturam nossa compreensão das relações sociais no campo da alteridade.

A partir das considerações teóricas ora expostas é possível pensar como certas formas de injustiças, próprias das desigualdades sociais, afetam e podem ser interpretadas pelos sujeitos

como uma forma de violência intencional. Segundo Barata (2009), quando falamos em desigualdade social estamos nos referindo às situações que implicam algum grau de injustiça, uma vez que estão associadas às características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio.

Para Minayo e Souza (1998), a violência é exercida, sobretudo, enquanto processo social, portanto, o setor da saúde não é o único responsável pelo enfrentamento. Contudo, além de atender às vítimas da violência social, não se deve perder de vista a elaboração de estratégias para o enfrentamento, direcionadas à promoção à saúde e estando ligadas a ela na medida em que participa do conjunto das questões e relações da sociedade. Deve-se buscar ir além das práticas curativas, mas definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de saúde com ações que garantam a integralidade da atenção.

A Psicologia Social auxilia para que práticas e ações sociais sejam problematizadas, com o objetivo de evidenciar como os sentidos de Si e do Outro que se “subjetivizam” são identificados em narrativas de pessoas vítimas de violências. Neste sentido, o desafio da Psicologia Social, no tocante a este tema específico, estaria em tentar oferecer condições subjetivas para que formas de violência não se repitam, permitindo às vítimas a elaboração subjetiva da própria história (SPINK, 2010).

3.2 A VIOLÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

A violência enquanto questão social é objeto de estudo de diversos campos do conhecimento, portanto não se restringe a setor específico. Segundo Minayo (2004), ela passa a ser relevante para o setor saúde quando passou a ser associada à qualidade de vida; às lesões físicas, psíquicas e morais, além das exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares.

Se anteriormente a violência era pautada apenas no âmbito da Justiça e da sociologia, ela passa a ser prioridade no âmbito da saúde pelo crescente número de vítimas que faz todos os dias. O aumento das taxas de morbidade e mortalidade ocasionadas pelas violências nas últimas duas décadas tornou o assunto pauta da Saúde, tanto pelo crescimento das intervenções realizadas nos serviços de emergência e internação, quanto pelos efeitos a longo prazo, ocasionando o comprometimento da qualidade de vida, da saúde física e emocional da população (MINAYO, 2011).

A abordagem das situações de violência não é simples, tampouco há soluções prontas. Violências e acidentes são responsáveis por grande parte da transformação no perfil de saúde,

impondo atuações sobre determinantes sociais, englobando aspectos amplos, que vão desde o estilo de vida, até relações ambientais, econômicas, culturais e sociais. (APOSTÓLICO et al., 2013).

Segundo Minayo (1998), o setor da saúde se constitui o caminho onde confluem as vítimas impactando sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social. A autora ainda destaca que a morbidade por violência é difícil de ser mensurada, seja pela escassez de dados, seja pela imprecisão das informações geradas através dos boletins de ocorrências policiais, seja pela pouca visibilidade que têm determinados tipos de agravos, ou ainda pela multiplicidade de fatores que envolvem atos violentos.

A OMS propôs no relatório mundial, uma tipologia que classifica as violências segundo a natureza do ato violento e as características do agressor, o que consideramos importante mencionar aqui para maior compreensão da violência.

Dahlberg e Krug (2006), baseado na tipologia das violências classificadas pela OMS, classifica-as em 03 grandes categorias a saber:

Violência auto-infligida é subdividida em comportamento suicida e agressão auto-infligida. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio – também chamadas em alguns países de "para-suicídios" ou "auto injúrias deliberadas" – e suicídios propriamente ditos. A autoagressão inclui atos como a automutilação.

Violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: 1) violência de família e de parceiros íntimos – isto é, violência principalmente entre membros da família ou entre parceiros íntimos, que ocorre usualmente nos lares; 2) violência na comunidade – violência entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não se conhecerem. Geralmente ocorre fora dos lares. O primeiro grupo inclui formas de violência tais como abuso infantil, violência entre parceiros íntimos e maus-tratos de idosos. O segundo grupo inclui violência da juventude, atos variados de violência, estupro ou ataque sexual por desconhecidos e violência em instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

Violência coletiva acha-se subdividida em violência social, política e econômica. A violência coletiva cometida com o fim de realizar um plano específico de ação social inclui, por exemplo, crimes carregados de ódio, praticados por grupos organizados, atos terroristas e violência de hordas (DAHLBERG; KRUG, 2006, p. 1166).

Nessa classificação, as categorias apresentam as causas das violências a partir de um modelo multifatorial, cuja determinação assenta-se, entre outras questões, a partir das diferentes facetas das desigualdades sociais, riscos e vulnerabilidades, onde a miséria, a fome e o desemprego são marcadores da violência. Além disso, um Estado ineficiente e sem programas

de políticas públicas de segurança contribui para a sensação de injustiça e impunidade (MINAYO, 2006).

O Brasil é um dos países onde a violência exerce impacto significativo sobre o campo da saúde (MINAYO, 2004). A transição epidemiológica das doenças infecto-parasitárias para a violência, revela um fenômeno de destaque na transição das doenças de outras etiologias para a chamada “causas externas”. Assim, desde a década de 1960 e na década de 1980, houve um crescimento de cerca de 29% na proporção de mortes violentas, o que representa números elevados e crescentes de indicadores de saúde absolutamente negativos.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem atuado nos últimos anos em diversas frentes, com destaque para o atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidades e fragilidades relacionadas às violências. Tem tentado adotar parcerias interinstitucionais, especialmente com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com a Educação, com a Segurança Pública e com todas as instituições que compõem os sistemas de garantia de direitos. Todavia, a prevenção à violência e a promoção de uma “cultura de paz” ainda são desafios a serem efetivados. A violência torna-se um problema de saúde porque afeta diretamente a saúde física, emocional e afetiva dos indivíduos de forma individual e coletiva.

Apesar da forte marca das violências no Brasil desde início da década de 1980, constituindo a segunda causa de óbitos, somente em 2001 foi instituída a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM nº 737), que propôs ações de enfrentamento em todo o território (BRASIL, 2001). Foram enfatizados os fundamentos da promoção da saúde, tendo por finalidade o alcance da qualidade de vida, a intersetorialidade e as medidas de fortalecimento da ação comunitária. Essa Política, que define diretrizes para o setor, identifica responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões e prioriza as medidas preventivas – sob o enfoque de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas, maior o impacto e abrangência na proteção da população.

Considerando a magnitude do tema da violência e os impactos na saúde da população, em 2003, o Ministério da Saúde (MS) criou a Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT), momento em que as ações de enfrentamento das várias expressões da violência começaram a ter um foco maior na vigilância e prevenção de Agravos (MINAYO et al., 2018).

Na perspectiva de superar e fortalecer as ações de enfrentamento das violências no SUS, os gestores assumiram o compromisso público da construção do Pacto Pela Saúde (PPS). Com base nos princípios constitucionais do SUS e com ênfase nas necessidades de saúde da

população, foi publicada em fevereiro de 2006 a Portaria GM/MS nº 399, que aprovou o Pacto da Saúde com definição de prioridades articuladas e integradas aos outros dois componentes – Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006a).

Destarte para o componente Pacto da vida, na sua diretriz operacional, assumiu o compromisso da elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (Portaria GM/MS 687/2006). Revisada em 2014, a PNPS ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. Uma das temáticas destacadas como tema transversal é a Cultura da Paz e Direitos Humanos, tema trabalhado no Programa Saúde na Escola, a exemplo das ações de prevenção do bullying (BRASIL, 2006b).

Para consolidar a implantação da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis, especialmente, no tocante à Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes, o MS instituiu em 2009, a notificação de violências, inserindo no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN), o que colaborou com a expansão da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), garantindo a sustentabilidade da notificação de violências (BRASIL, 2011a). O processo de implantação ocorreu de modo gradual e por adesão de estados e municípios de acordo com a estruturação da área de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) local.

Com a publicação da Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, e posteriormente da Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde (BRASIL, 2011, 2014). A ficha de notificação deve ser utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura. Desse modo, a notificação objetiva dar visibilidade às violências perpetradas contra esses segmentos da população revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos (BRASIL, 2014).

Neste sentido, a notificação da violência torna-se um importante instrumento para subsidiar o planejamento e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais para a redução da morbimortalidade decorrente das violências e, efetivamente, promover o combate às violências, a cultura de paz, a equidade e a qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Toda a legislação elaborada para o tratamento e abordagem da violência no setor saúde, coaduna com o princípio fundamental da saúde como direito social do SUS, inscrevendo o acesso universal e integral e equânime. O fortalecimento e a consolidação de tais propostas

encontram-se pautadas na Política Nacional da Atenção Primária (PNAB), que concebe a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para a reorganização do modelo assistencial da saúde. Neste sentido é reconhecida como uma importante estratégia política para o enfrentamento das violências, especialmente no que concerne à sua prevenção (SOUSA, 2009).

Dentro dos níveis de atenção estabelecidos pelo SUS, entende-se que a Atenção Básica à Saúde é privilegiada por ter, em suas diretrizes, as ações de promoção à saúde, prevenção e preservação do bem-estar nas comunidades. Por ser a porta de entrada do sistema de saúde, também desenvolve ações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2017a). Segundo a PNAB:

[...] deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a, p. 9).

Assim, a estratégia de saúde da família, que constitui a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema de saúde, deve configurar-se como um espaço potente de acolhimento, proteção e apoio à população em situação de violência (BRASIL, 2006b).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, documental, descritivo e de caráter exploratório, que teve como objetivo analisar as práticas de cuidado da Estratégia da Saúde da Família e as abordagens intersetoriais no acolhimento às vítimas de violências em um município do Sul da Bahia, além de identificar as principais estratégias de prevenção e cuidado das equipes da ESF e da rede intersetorial no enfrentamento às violências no território. Buscou descrever as ações de Educação Permanente desenvolvidas pelas equipes no enfrentamento às violências, analisar as percepções dos profissionais da ESF e da rede intersetorial sobre o atendimento colaborativo às vítimas e investigar a utilização da Cartilha de Abordagem às Violências pelas equipes da ESF como guia orientador no enfrentamento às violências, organizada a partir das atividades realizadas pela RAS em conjunto com docentes e discentes da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

4.2 ÁREA DO ESTUDO E POPULAÇÃO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Porto Seguro, localizado no Sul da Bahia, com população estimada de 150.658 habitantes (IBGE, 2017) e com a extensão territorial de 2.408,327 km². Com vasta complexidade territorial, a cidade é banhada por 60 km de praia ao leste, cortada pelos Rio Buranhém, Rio Caraíva e seus afluentes, os quais separam os aglomerados populacionais e as faixas terrestres em sua foz, a exemplo dos Distritos de Arraial D'Ajuda, Trancoso e Caraíva, além de comunidades distantes da sede, e expressivo contingente de indígenas, um dos maiores do estado da Bahia (IBGE, 2017).

De acordo com a organização do Plano Diretor da Regionalização-PDR do estado da Bahia, o município faz parte da macrorregião Extremo Sul constituída por 21 municípios e sede de microrregião compreendida por 08 municípios por apresentar maior capacidade de serviços de saúde instalados (BAHIA, 2018).

No que concerne aos aspectos econômicos e sociais o Município de Porto Seguro/BA, segundo o IBGE (2017) apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,676 em 2010, ocupando a 2.524^a posição no país, e 20^o posição no estado, refletindo importantes desigualdades sociais.

O território apresenta uma população com níveis socioeconômicos variados, e também vulnerabilidades sociais; de um lado existe um turismo de entretenimento e ecológico como forte indutor da economia local, por outro lado, contrasta uma população de migrantes das regiões circunvizinhas que buscam oportunidades e são cerceados pela baixa qualificação profissional remetendo as desigualdades sociais e maior exposição aos vários tipos de violências.

A organização da Atenção Primária em Saúde (APS) no município está estruturada pela divisão geopolítica sanitária em 04 (quatro) Distritos Sanitários a saber: Distrito Sanitário Centro; Distrito Sanitário Complexo Frei Calixto; Distrito Sanitário Litoral Sul; Distrito Sanitário Rural.

O Distrito Litoral Sul configura-se como um importante polo de turismo por apresentar belezas naturais com praias paradisíacas formado pelos vilarejos de Trancoso, Caraíva, Nova Caraíva, Itaporanga e Vale Verde, destacando Arraial D'Ajuda com a população estimada em cerca de 16.997 habitantes no ano de 2010 (IBGE, 2017). É formada por uma população de estrangeiros, da região sudeste, das regiões circunvizinhas e uma parte pela população nativa e uma comunidade indígena da Aldeia Velha, de etnia Pataxó.

A APS do município se estrutura em 29 Unidades Básicas de Saúde, com 43 equipes da ESF, 10 unidades de ponto de apoio à saúde, 02 polos de Academia da Saúde, 06 núcleos de Academias ao ar livre, 247 Agentes Comunitários de Saúde, 31 equipes de Saúde Bucal, 01 odontomóvel, e 04 equipes de Núcleos Ampliados de Saúde da Família (PORTO SEGURO, 2020a).

Atualmente o município possui cobertura de 99,77% da Estratégia de Saúde da Família, 71,93% de saúde bucal e 95,52% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2019).

Destaca-se o Distrito Litoral Sul por se tratar do território onde estão inseridas as equipes de saúde que participaram da pesquisa: USF Arraial Bairro e USF Wilson Batista, totalizando 4 (quatro) equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF). O estudo contou ainda com a participação dos trabalhadores do Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF), Apoiadores Institucionais (AI), representantes da Secretaria de Saúde e Representantes da Rede Intersetorial: Profissionais do Conselho Tutelar (CT), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Defensoria Pública (DP), Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), Centro Integrado de comunicação (CICOM/SSP), Conselho do Idoso (CI), Conselho Municipal de Educação (CME), Secretaria Municipal de Educação (SME), Secretaria de Ação Social (SUAS)

4.3 PERCURSO METODOLÓGICO

Primeira Etapa – Levantamento bibliográfico

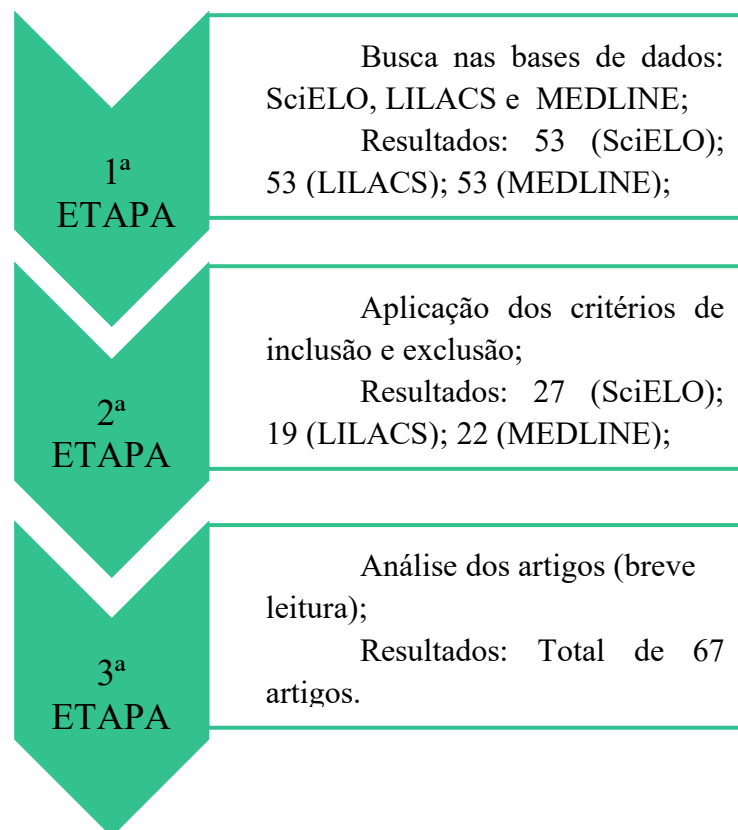
Como primeira etapa teve início a pesquisa na literatura especializada, definida de acordo com aproximações conceituais capazes de prover aprofundamento do problema acerca do tema pesquisado, utilizando-se levantamento e análise de fontes secundárias, como livros e artigos acadêmicos, os quais contribuirão para a contextualização do objeto do estudo.

Nesta etapa do projeto, as buscas foram realizadas com recorte temporal de 2006 a 2022, por ter se observado a inclusão das violências na agenda do setor da Saúde, a partir do Pacto pela Vida de 2006. As publicações selecionadas foram consultadas nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library (SciELO)*, *National Library of Medicine (Medline)* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, utilizando os descritores (Mesh/Descs): “violências; “vulnerabilidades”; “intersectorialidade”; “desigualdades sociais”; “Estratégia Saúde da Família”. Os critérios de inclusão de artigos foram: estudos

realizados no Brasil em periódicos com texto completo nos idiomas português, inglês e espanhol; artigos originais e de revisão com livre acesso, dentro do recorte temporal (2006 a 2022). Quanto aos critérios de exclusão, foram: estudos repetidos e estudos que não incluíram objeto da pesquisa.

Inicialmente, foram levantadas 165 publicações, sendo 53 publicações no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), 53 publicações na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 59 publicações na *National Library of Medicine* (MEDLINE). Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (Figura 5), foram selecionadas 67 publicações para revisão integrativa da literatura para subsidiar o diálogo com os achados e resultados do estudo (Figura 2).

Figura 2 – Metodologia para a seleção dos artigos



Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando os critérios de inclusão das publicações nesta revisão, foram destacados (16) dezesseis artigos que evidenciaram estudos sobre as violências domésticas, (10) dez sobre as percepções dos profissionais de saúde e intersetorial no atendimento das vítimas de violências, (15) quinze artigos sobre práticas de cuidados e estratégias para o enfrentamento das violências domésticas, (07) sete artigos sobre a violência no contexto da pandemia da

COVID-19. Os outros artigos identificados apresentaram similaridades com o estudo sobre as políticas públicas e o processo de trabalho e formação dos profissionais que lidam com a temática a saber: (04) quatro que abordam a formação, (05) cinco sobre a intersectorialidade, (03) três abordando a cultura da paz, (07) sete enfatizando os entraves como estrutura, fragilidade no processo de trabalho, entre outras.

Além das buscas nas bases de dados citadas, foram utilizadas outras fontes para explorar dados registrados em sistemas de informação como IBGE, SINAN, IPEA, a fim de complementar as referências pertinentes ao estudo.

Segunda Etapa – Análise documental

A partir do trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro, por meio da Atenção Básica e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), em parceria com a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), no período de maio de 2016 a maio de 2018, no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PetSaúde/GraduaSUS). No ano 2 (2017-2018), foi realizada uma intervenção sobre o enfrentamento das violências no território, que contou com o apoio e participação dos profissionais das equipes da ESF e da rede intra e intersectorial para abordar as violências. Foram trabalhados temas sobre a exclusão social, vulnerabilidades, riscos em saúde, intersectorialidade e práticas profissionais no território de Porto Seguro/BA. Ficaram evidentes os vários fatores de fundamental importância para superar as lacunas e os desafios no enfrentamento às violências no território. Nessa etapa do trabalho foi construída a “Cartilha de Abordagem para o enfrentamento dos diferentes tipos de violência” (Anexo B, link para acesso: [Cartilha violência](#)). O documento foi disponibilizado para toda a Rede de Saúde do município com objetivo de instrumentalizar os profissionais na abordagem e no enfrentamento às violências, por meio de orientações técnicas, assistenciais e fluxogramas.

Além disso, a cartilha oferece recomendações para ampliar a capacidade de produção de respostas mais adequadas a essa problemática, por meio do fortalecimento do acolhimento, da escuta, do sigilo, e da notificação e acompanhamento das pessoas em situação de violência na RAS.

A partir da análise dos conteúdos que contribuíram para a elaboração dessa cartilha, foram selecionadas palavras, expressões-chave e outros aspectos relevantes que constituíram as questões dos roteiros que foram aplicados nos grupos focais.

A pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. Desse modo,

caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Para os autores a conceituação de documentos pode ser descrita como declaração escrita, oficialmente reconhecida, que serve de prova de um acontecimento, fato ou estado; qualquer objeto que comprove, elucide, prove ou registre um fato, acontecimento; arquivo de dados gerado por registros de atividades.

Uma vez que a percepção e compreensão sobre violências são expressas de formas diferenciadas pelas vítimas, que vivenciam a situação, os dados qualitativos são importantes na construção do conhecimento e das percepções, pois permitem a reformulação de teorias, podendo ampliar abordagens já tidas como consolidadas. Segundo Minayo (1999), a pesquisa qualitativa se preocupa com a realidade que não pode ser quantificada, como é o caso do universo dos significados, das percepções, emoções e expectativas.

Terceira Etapa – Grupos Focais

Na terceira etapa, foram realizados grupos focais com a moderação da pesquisadora responsável juntamente com a orientadora deste estudo. O papel da moderação é facilitar e produzir um ambiente informal e confortável para que os participantes se sintam mais à vontade para falar e interagir.

A estratégia metodológica dos Grupos Focais (GFs) constitui uma importante técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas, pois intensifica o acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela possibilidade de gerar novas concepções ou pela análise e problematização de uma ideia em profundidade. Ocupa, como metodologia, uma posição intermediária entre a observação participante e a entrevista de profundidade. Desenvolve-se a partir de uma perspectiva dialética, na qual o grupo possui objetivos comuns e seus participantes procuram abordá-los trabalhando como uma equipe. Nessa concepção, há uma intencionalidade de sensibilizar os participantes para operar na transformação da realidade de modo crítico e criativo (TRAD, 2009).

Para a aplicação da técnica de grupo focal, foram formados 03 grupos constituídos por 12 participantes em cada grupo para explorar a temática em questão. Além de considerar a complexidade do tema abordado, o critério de definição do número de participantes nos Grupos focais está respaldado na literatura que revela uma variação entre seis e 15 participantes como satisfatória para assegurar a participação efetiva dos grupos nas discussões (TRAD, 2009).

Considerando o tempo de duração dos GFs do referido estudo, a complexidade do tema, a facilitação da condução das discussões, a garantia da participação de todos e, sobretudo, o distanciamento social causado pela pandemia da Covid-19, a seleção do número dos participantes no estudo, ficou definida por 12 participantes.

O primeiro grupo foi constituído por (12) doze agentes comunitários de saúde (ACS): (06) seis da USF Arraial Bairro I e II, (06) seis da USF Wilson Batista I e II; o segundo por (02) dois médicos, (02) dois enfermeiros, (02) dois cirurgiões dentistas, (01) um auxiliar de saúde bucal, (01) um psicólogo e (01) um assistente social do NASF, (02) dois técnicos de enfermagem e (01) uma recepcionista, respeitando a paridade das quatro USF; o terceiro por (04) quatro representantes das USF, (01) um da gestão da Atenção Básica, (01) um da Vigilância em Saúde, e um representante de cada instituição da rede intersetorial (CRAM, CREAS, Defensoria Pública, CRAS, CICOM, e Conselhos: tutelar, Idoso, Saúde, Educação).

Os grupos foram divididos para facilitar a justaposição e a comparação de informações pela heterogeneidade das categorias dos participantes onde as diferentes composições possibilitaram a identificação de conceitos, percepções, expectativas, motivações e necessidades dos grupos específicos (TRAD, 2009). Vale ressaltar que os grupos foram acolhidos pela pesquisadora e acompanhados pela psicóloga do NASF com o objetivo de colaborar na condução dos aspectos passíveis de constrangimentos e ansiedades na interação.

Em relação aos critérios de inclusão, foram incluídos os participantes trabalhadores da saúde e estar lotado na USF Arraial Bairro e USF Wilson Batista; ter exercido suas funções nas USF por um período mínimo de seis meses e ser representante legal das instituições que compõem a rede intersetorial do município.

Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos os profissionais que estavam de licenças e/ou férias das atividades laborais no período da realização dos grupos focais e aqueles que optaram por participação de forma remota, mas que perderam a conexão na maior parte do tempo de duração da atividade.

Os contatos dos participantes das ESF do estudo, foram realizados pela pesquisadora responsável visto que atua no NEPS da SMS cuja instância realiza uma interlocução com as equipes o que facilitou a comunicação. Desse modo, os convites foram de forma presencial por meio de uma reunião de equipe cujo projeto de pesquisa foi apresentado e os participantes tiveram acesso ao TCLE (Apêndice A) e às informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.

Considerando o trabalho intersetorial atribuído ao NEPS/SMS, os participantes da rede intra e intersetorial, foram convidados por meio de ofício circular protocolados pela

pesquisadora de forma presencial ao representante da instituição, a fim de apresentar o projeto de pesquisa, bem como o acesso ao TCLE (Apêndice A) e às informações dos procedimentos e os objetivos do estudo.

De forma a respeitar as determinações sanitárias de distanciamento social, os grupos foram realizados de forma híbrida (presencial e virtual), possibilitando a participação à distância daqueles que não puderam, ou não quiseram comparecer presencialmente. Os grupos foram realizados no auditório da Central de Regulação do município, local de fácil acesso aos participantes, e que contava com uma boa infraestrutura (computador, webcam, caixa de som, Datashow, wi-fi) para transmissão e participação virtual.

Após o aceite do convite foi disponibilizado para os participantes o endereço, link da sala virtual, bem como dia e horário. Para os participantes de forma presencial foi oferecido pela pesquisadora condições para o deslocamento (transporte) ao local da reunião, bem como foi exigido o uso de máscaras sendo disponibilizado álcool gel e água/sabão e reserva de máscaras cirúrgicas para qualquer eventualidade. Os participantes foram distribuídos respeitando o distanciamento e foram dispostos em cadeiras arrumadas em forma circular alternando a sequência das cadeiras. Além disso, foi disponibilizado água, café e um lanche rápido para os participantes.

Para organizar a dinâmica dos trabalhos do grupo, e a contribuição na compreensão dos participantes sobre o tema, foi apresentado um roteiro semiestruturado para cada grupo, com perguntas norteadoras envolvendo o campo da temática “das violência no território de atuação das ESF, englobando: percepções dos profissionais, barreiras/desafios, tipos de violência, formas de identificação, notificação, estratégias de promoção da saúde e prevenção dos agravos relacionadas às práticas de cuidado e prevenção das violências e também a utilização da “Cartilha de Abordagem para o enfrentamento dos diferentes tipos de violência” (Anexo B, link para acesso: [Cartilha violência](#)). Orientado por questões abertas, possibilitando aos participantes discorrerem livremente sobre a temática.

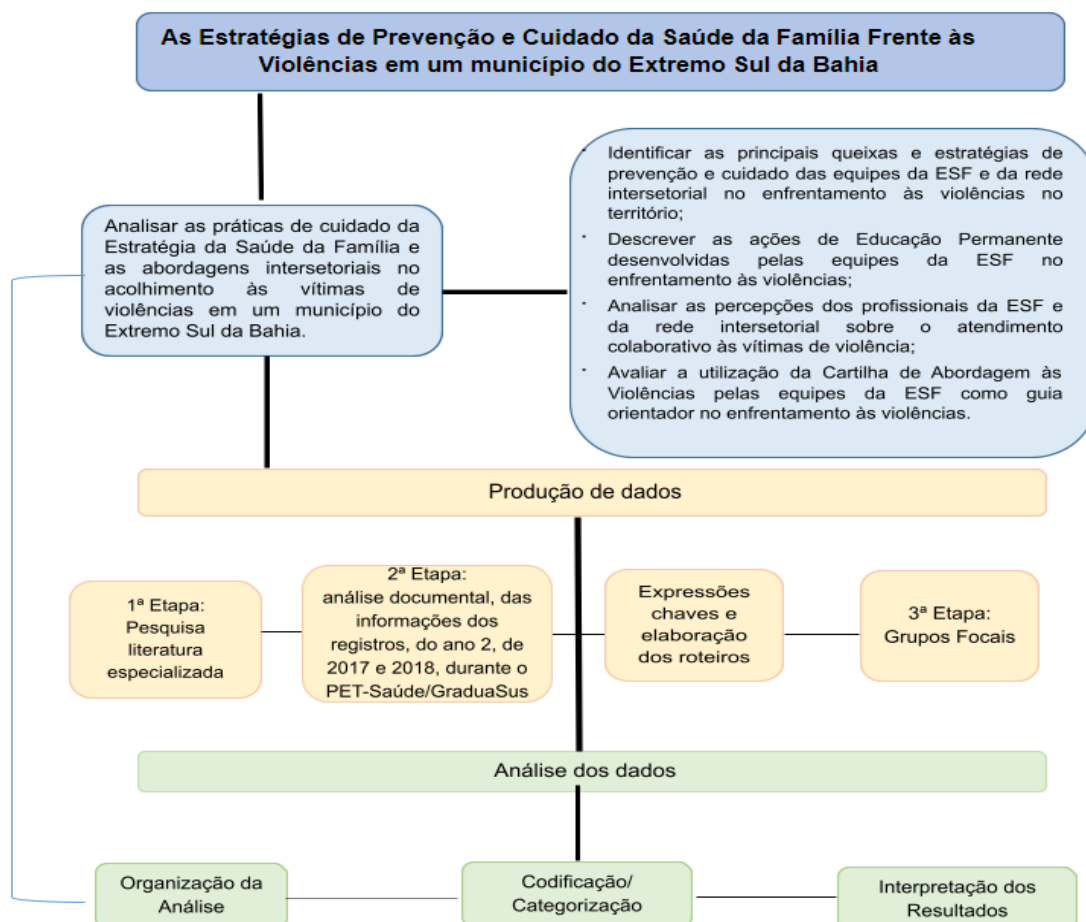
Os roteiros adotados foram distintos (Apêndice B, apêndice C e apêndice D), com algumas questões comuns a todos os participantes dos grupos focais. O trabalho de campo, com a realização dos GFs, transcorreu nos meses de novembro e dezembro de 2021 com duração de 90 minutos. O registro dos encontros foi realizado por meio de gravações e transcritos na íntegra pela pesquisadora, por meio da inserção de descrições sobre as atividades do cotidiano dos profissionais no enfrentamento das violências, como também pelas impressões e inquietações que emergiam dos momentos partilhados com os profissionais. Os registros reverberaram na

produção de sentidos do que observamos durante o desenvolvimento dos grupos, constituindo o material de análise.

As perguntas disparadoras no roteiro tiveram a função de motivar o surgimento de novos questionamentos para a reflexão acerca das percepções e estratégias de prevenção, práticas de cuidado e as barreiras dos profissionais que atuam na ESF e na rede intersetorial, a fim de favorecer o aprofundamento e compreensão da relevância da temática.

Neste sentido, as perguntas direcionadas aos Agentes Comunitários teve por objetivo compreender como se estruturam os vínculos entre os Agentes e a comunidade no território, e discutir estratégias de práticas de cuidado no enfrentamento da violência. As perguntas direcionadas aos trabalhadores das USF buscaram entender as percepções sobre o atendimento às pessoas em situação de violência, abordando os desafios presentes nas ações coordenadas de prevenção. Finalmente, com os representantes da rede intersetorial a intenção foi compreender a percepção dos diferentes setores e entidades que lidam com o tema sobre a importância da atuação e articulação das práticas voltadas às vítimas de violências.

Figura 3 – Fluxograma do desenho metodológico



Fonte: Elaborado pela autora

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A organização e análise dos dados teve por base o método de análise de conteúdo de Bardin, que é uma ferramenta que facilita o processo de inferências, oriundas dos dados obtidos no estudo, a partir de seu desmembramento em unidades de significância e seu reagrupamento analógico (BARDIN, 2016).

Os dados dos grupos focais foram analisados incluindo as seguintes etapas: organização da análise, codificação, categorização (categorias, subcategorias e unidade significativa) e interpretação dos resultados.

Segundo a autora, a função primordial da análise do conteúdo é o desvendar crítico. Para Bardin (2016), uma análise de conteúdo não deixa de ser uma análise de significados, que se ocupa de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, extraído das comunicações as suas respectivas interpretações

A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum (MORAES, 1999, p. 2).

A análise abrangeu as seguintes fases: Pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. A primeira fase configurou-se como a leitura flutuante do material, onde foram definidos principalmente, as unidades de registro, (codificação) unidade de trechos significativos e identificados nos temas e subtemas das categorias definidas no estudo (categorias temáticas). Na segunda fase, os dados foram organizados, e realizou-se a leitura exhaustiva do material para a construção de um mapa onde se organizaram os temas e subtemas segundo cada corpus (ACS/profissionais das ESF/profissionais da rede intersetorial). Na terceira buscou-se desvendar o conteúdo, as singularidades das falas, e foram analisados os sentidos atribuídos pelos sujeitos.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi orientada pelos princípios éticos e as normas regulamentadoras de pesquisas, envolvendo seres humanos, conforme preconizado nas Resoluções Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nº. 466/2012 e nº. 510/2016 (BRASIL, 2013, 2016), seguindo todas as normas e critérios éticos para estudos com seres humanos em saúde e ciências

sociais e humanas, e somente foi realizada após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSB, conforme Certificado de Apresentação de Apreciação Ética sob o número 4.979.752 em 16.09.2021 versão 2 (Anexo C), sendo assegurada a participação previamente por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), incluindo a utilização de gravadores e câmeras. O sigilo foi garantido para todos os participantes, respeitando a confidencialidade dos nomes, dados pessoais e dados coletados de todos os participantes da pesquisa.

Sabe-se que toda pesquisa com seres humanos em saúde pode envolver risco em tipos e gradações variados. Portanto, poderá haver riscos mínimos para os participantes, mesmo que seja na forma de constrangimento ou ansiedade que poderão ser gerados a partir da interação. No caso deste estudo, os riscos foram identificados como mínimos, podendo incluir eventual constrangimento e ansiedade gerados pelas interações nos grupos. Nesse sentido, os Grupos Focais (GF), foram acompanhados por uma profissional psicóloga do NASF para auxiliar na condução.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 APRESENTAÇÃO

O acolhimento às pessoas vítimas de violências busca possibilitar um atendimento imediato não somente às vítimas, mas também às famílias que devem se sentir acolhidas durante todo o processo de cuidado na Atenção Primária. As ações dos profissionais da Rede de Saúde (RAS) devem estar voltadas para o rompimento do “ciclo de violências” e pela disponibilidade para ouvir, acolher e cuidar. No processo de trabalho de uma equipe de saúde da família o acolhimento é fundamental para organização dos serviços, favorecendo maior acesso aos usuários, além de escuta qualificada e direcionamento adequado dos problemas.

As violências contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos, populações indígenas, quilombolas, pessoas em situação de rua, moradores de favela e periferia e outros grupos são entendidas por agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como grave problema de saúde pública e respondem por altas taxas de morbimortalidade. Assim, as violências são caracterizadas como um problema que gera danos irreversíveis às pessoas, às famílias, às comunidades, e também, aos profissionais de saúde (LIMA et al., 2017).

Cabe destacar que, as violências não podem ser entendidas apenas como um fenômeno social, mas, devem ser analisadas sob o paradigma da sua complexidade e combatidas por meio de práticas interdisciplinares e intersetoriais na Atenção Primária. Neste sentido, nas últimas décadas, a rede de saúde tem procurado realizar atendimento integral, apesar das dificuldades dos profissionais de saúde em identificar e notificar (FERREIRA et al., 2021).

Uma “rede de comunicação e de proteção” permanente às vítimas é o que se busca. A atuação em rede de proteção às vítimas faz-se cada vez mais necessária a fim de integrar informações entre os profissionais e setores, capazes de fortalecer laços de acolhimento para a garantia dos direitos das pessoas e de seus familiares. As violências geram um aumento na demanda dos serviços de saúde que são fundamentais no reconhecimento das situações violentas por meio da análise clínica e do acolhimento (FARAJ; SIQUEIRA; ARPINI, 2016).

Importante destacar que a Atenção Primária é uma das principais portas de entrada para pessoas que vivem em situação de violências (PORTO; BISPO JUNIOR; LIMA, 2014), portanto, é importante que haja uma estratégia de acolhimento hábil e emergencial que avalie os pacientes como seres complexos e multifacetados. Cabe ressaltar que, por conta dos princípios organizativos da Atenção Primária, como territorialização, integralidade, assistência continuada, rede de serviços de saúde, existe uma maior possibilidade de promoção prévia identificação e prevenção de casos de violências contra populações vulneráveis (COSTA, 2011).

Ao oferecer cobertura e vínculo para as vítimas atendidas nas unidades de saúde, os profissionais se fazem essenciais na detecção da ocorrência das violências em âmbito familiar (SCHRAIBER et al., 2003). Porém, nem sempre a unidade de saúde oferece uma intervenção satisfatória ao problema. Essa invisibilidade é consequência da limitação do “olhar aos sintomas”, sem contar com a ausência de instrumentos capazes de identificar as causas, a dificuldade no reconhecimento da situação e na construção de vínculos entre usuários e serviço de saúde, o que acaba por contribuir com a perpetuação do ciclo das violências (SANTOS, 2003).

O trabalho em rede possibilita, portanto, a ampliação dos serviços prestados e o envolvimento dos profissionais para prevenir e tratar os agravos causados pelas violências. A partir dos relatos dos grupos focais, pôde-se identificar as percepções dos participantes sobre situações de violências, que devem estar atreladas à oferta de políticas públicas e atuação em rede, conforme observado nas narrativas.

Os resultados foram obtidos nos relatos dos participantes – gestores da rede intra e intersetorial e trabalhadores – que assistem às pessoas em situação de violências no território

estudado, além das condições que comprometem a atenção à estas pessoas e à estruturação da rede, a partir da realização de 03 (três) Grupos Focais constituídos por 12 participantes em cada grupo, totalizando 36 profissionais, escolhidos intencionalmente. O primeiro grupo constituído por agentes comunitários de saúde, o segundo por profissionais das USF e o terceiro por profissionais da gestão da AB, da Vigilância em Saúde, e representante de cada instituição da rede intersetorial. As diferentes composições possibilitaram a identificação de conceitos, percepções, expectativas, motivações e necessidades dos participantes (TRAD, 2009).

Foram utilizados roteiros semiestruturados (Apêndice B, Apêndice C, Apêndice D) que possibilitaram aos participantes discorrerem livremente sobre o enfrentamento às violências no território, percepções e abordagens intra e intersetoriais, estratégias e ações desenvolvidas, barreiras e desafios. Entre os objetivos, entender quais as condições que comprometem a atenção às pessoas vítimas de violências e como a rede tem se estruturado para o acolhimento.

O método da análise de conteúdo de Bardin balizou o processo analítico evidenciando algumas formações discursivas: fragilidades que repercutem no processo de trabalho, limitações impostas pela prática profissional, rotatividade de profissionais, inadequação da estrutura física para o desenvolvimento da atenção, além das lacunas na capacitação e sensibilização. Os discursos verbalizam, portanto, queixas sobre a ausência de uma rede efetiva, o despreparo dos profissionais e a dificuldade em realizar notificações.

5.2 CONTEÚDOS DOS GRUPOS FOCAIS

Pesquisa qualitativa, realizada com profissionais destes serviços por meio de roteiros semiestruturados e Grupos Focais. Os conteúdos das falas foram segmentados e os grupos semânticos organizados, reunindo-se, em seguida, as formações das categorias e subcategorias dos GF (Apêndice E, Apêndice F, Apêndice G, Apêndice H).

Os trechos das falas nos Grupos Focais foram transcritos para exemplificação, sendo indicados com as seguintes legendas: grupo focal (G1, G2, G3) seguido da categoria profissional e numeração: (G1 ACS 1), (G2 ENF 1) e no G3 representantes da rede intersetorial com indicação da entidade, com o intuito de preservar a identidade de cada um dos participantes. Atribuiu-se, respectivamente, as seguintes abreviações: enfermeiro “ENF”, médico “MED”, dentista “DENT”, técnico de enfermagem “TEC ENF”, assistente social “AS”, psicólogo “PSICO”, agente comunitário de saúde “ACS”, pedagogo “PED”, seguido do número de forma sequencial em cada categoria, de acordo com a ordem das falas de cada Grupo.

Para os Agentes Comunitários foram encontradas nove (09) categorias e subcategorias: “Fragilidade do modelo de atenção biopsicossocial na abordagem no processo de trabalho” e subcategoria “Consolidação de vínculos no acolhimento e escuta às violências”; categoria “Complexidade de escuta interdisciplinar” e subcategoria “Violências e suporte da RAS às equipes multiprofissionais”; categoria “Construção de linguagem comum e orientações para a prática em serviço” e subcategoria “Estratégias no território”; categoria “Mantendo o silêncio e legitimando costumes” e subcategoria “Invisibilidade e exclusão social”; categoria “Fragilidade na promoção da Cultura de Paz e ações intersetoriais” e subcategoria “Reforço de ações multissetoriais para acolher as vítimas de violências”; categoria “Impactos da pandemia da Covid-19 e descontinuidade de ações” e subcategoria “Medo, estresse, frustração e descontinuidade das estratégias durante a pandemia”; categoria “Subnotificação e invisibilidade das violências” e subcategoria “Dificuldades enfrentadas para notificar casos de violências: confusão entre notificar e denunciar”; categoria “Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento dos Diferentes Tipos de Violências” e subcategoria “Institucionalização e validação do guia para o acolhimento das vítimas pela gestão”. A nona e última categoria “Percepções dos ACS, angústia em relação às ações abusivas” e subcategoria “Sensibilidade e empatia no acolhimento”.

Para o Grupo dos Profissionais de saúde foram encontradas sete (07) categorias e subcategorias: Categoria “Fragilidade do modelo de atenção biopsicossocial na abordagem no processo de trabalho” e subcategoria “Formação de vínculos no acolhimento às violências”; Categoria “Impactos da pandemia da Covid-19 e descontinuidade de ações” e subcategoria “Reforço de ações multisetoriais e de educação permanente no processo de trabalho”; Categoria “Instrumentalização Profissional frente aos problemas complexos” e subcategoria “Manejo clínico às violências: fluxos, abordagem e acolhimento”; Categoria “Subnotificação e invisibilidade das violências” e subcategoria “Organização de fluxos e protocolos na construção de uma rede de proteção”; Categoria “Percepções dos profissionais da ESF: medo, impotência e angústia” e subcategoria “Sensibilidade e empatia no acolhimento”. Finalmente, a categoria Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento dos Diferentes Tipos de Violências e subcategoria Institucionalização e validação do guia para o acolhimento das vítimas pela gestão.

Por fim, para os gestores da Rede de Saúde e representantes da Rede Intersetorial foram encontradas seis (06) categorias e subcategorias: categoria “Participação, intersetorialidade, prática e ações” e subcategoria “Rotatividade profissional, logística, recursos financeiros, estruturas físicas inadequadas”; categoria “O lugar da vítima” e subcategoria “Violência institucional e sua correlação com a (re)violência”; categoria “Subnotificação e

invisibilidade das violências” e subcategoria e subnotificação “Dificuldades enfrentadas para notificar casos de violências”; categoria “Banalização das violências” e subcategoria "Setor saúde e violências como fenômeno social”; categoria “Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento dos Diferentes Tipos de Violências” e subcategoria “Dificuldade de acesso” e categoria “Percepções da Rede Intersetorial: raiva, frustração, angústia, desespero, impotência, esperança e resiliência” e subcategoria “Sensibilidade e empatia no acolhimento”.

Após a análise dos conteúdos dos GF foram selecionadas as seguintes categorias temáticas para a discussão e interpretação dos resultados: a) “Fragilidade do modelo de atenção biopsicossocial na abordagem no processo de trabalho”; b) “Subnotificação e invisibilidade das violências”; c) “Impactos da pandemia da Covid-19 e descontinuidade de ações”; d) “Cartilha de abordagem para o Enfrentamento dos Diferentes Tipos de Violências”; e) “O lugar da vítima”. A escolha teve como base perguntas comuns que foram feitas nos grupos focais para os três grupos sobre o papel da atenção biopsicossocial no acolhimento às vítimas, sobre as subnotificações e a (in)visibilidade das violências na Rede de Saúde, sobre os impactos da Covid-19 no aumento das violências no território e a das ações durante a pandemia. Sobre o uso da “Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento dos Diferentes Tipos de Violências” nos serviços de saúde do município e, finalmente, a categoria “o lugar da vítima”.

A categoria “Fragilidade do modelo de atenção biopsicossocial na abordagem no processo de trabalho” muito recorrente nas falas dos participantes dos três Grupos Focais, objetivou identificar nos discursos dos profissionais de saúde, dos agentes comunitários e dos gestores que assistem pessoas em situação de violências as condições que comprometem o cuidado e o acolhimento à estas pessoas. Discutiu-se também a estruturação da rede, as fragilidades que repercutem no processo de trabalho e as limitações impostas pela prática profissional. A categoria “Subnotificação e invisibilidade das violências” procurou destacar os obstáculos para a implantação da ficha de notificação dos casos de violências pelos profissionais e o aumento das subnotificações e invisibilidades das violências no território e nos serviços de saúde; a categoria “Impactos da pandemia da Covid-19 e descontinuidade de ações” objetivou discutir os desafios para o cuidado e acolhimento às violências na agenda da ESF em tempos de pandemia, a categoria “Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento dos Diferentes Tipos de Violências” procurou apresentar uma reflexão sobre a utilização da Cartilha de Abordagem pelos profissionais que acolhem as pessoas em situação de violências no território e a categoria “o lugar da vítima” buscou indicar o silêncio e a invisibilidade como temas associados à violência. Experimentar situações de violência tem-se mostrado vivência de difícil revelação, especialmente no âmbito das práticas sociais de cuidado.

Importante destacar que nas falas dos participantes foram comuns os relatos sobre a fragilidade da rede de proteção às vítimas de violências, a ausência de condições estruturais e desarticulação entre os serviços durante o período da pandemia da Covid-19. Essa fragilidade e ausência de integração entre os serviços dificultaram ainda mais as notificações e as medidas de proteção efetivas. Levandowski e colaboradores (2021) entendem que para além das medidas requeridas pela atual pandemia é necessário investimentos constantes no aperfeiçoamento dos serviços da rede de proteção, principalmente para acessar famílias em situação de maior vulnerabilidade social.

Vale ressaltar que, um dos caminhos para transformação da realidade (combate às desigualdades socioeconômicas e às violências), segundo os vários relatórios de agências como OMS, OPAS e Banco Mundial, é o investimento em políticas de proteção social voltadas para as populações mais vulneráveis que contribuam, entre outros fatores, para minimizar os danos causados pela Covid, além de promover o crescimento econômico inclusivo e sustentável e reduzir as violências e as injustiças sociais (UN Women, 2020).

Ao produzir e reproduzir condições de vulnerabilidade socioambiental, exclusão social e desigualdades de gênero, étnico-raciais e geracionais, as violências constituem desafio também às políticas públicas, que devem ser capazes de incidir sobre o fenômeno, com ênfase na proteção aos grupos mais vulneráveis. Políticas públicas amplas e articuladas, prioritariamente direcionadas às populações em vulnerabilidade social. Portanto, mudanças ocorridas no perfil de morbimortalidade das populações operadas nos últimos anos, especialmente no Brasil, impõem revisão de estratégias globais e de agendas políticas que diminuam os riscos frente às violências. Impõem, também, refletir mais amplamente sobre o contexto no qual as violências podem se desenvolver (FARIA; CASTRO SANTOS; ALVAREZ, 2022).

Uma alternativa potente para o enfrentamento às violências em tempos de pandemia e pós-pandemia é a Estratégia da Saúde da Família, por estar estabelecida na comunidade, composta por equipe multiprofissional, tendo como um dos eixos estruturantes no processo de trabalho as visitas domiciliares, vinculada às áreas adscritas e principal porta de entrada para o SUS.

Os resultados apontam que o cotidiano desses serviços é permeado pela redução do número e rotatividade de profissionais, precárias condições de trabalho, inadequação da estrutura física para o desenvolvimento da atenção, além das lacunas na capacitação e sensibilização.

a) **“Fragilidade do modelo de atenção biopsicossocial na abordagem no processo de trabalho”.**

Vejamos, então, a categoria **“Fragilidade do modelo de atenção biopsicossocial na abordagem no processo de trabalho”**. O modelo biopsicossocial é uma abordagem multidisciplinar que compreende as dimensões biológica, psicológica e social de um indivíduo. Os princípios do paradigma biopsicossocial, segundo Belloch e Olabarria (1993), relacionam-se à concepção do corpo humano como um organismo biológico, psicológico e social, ou seja, que recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite.

O estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de várias doenças devem considerar, portanto, as contribuições especiais e diferenciadas das três dimensões citadas. A etiologia dos estados de doença é sempre multifatorial e a melhor maneira de cuidar de pessoas que estão doentes se dá por ações integradas, realizadas por uma equipe de saúde, que deve ser composta por profissionais das várias áreas da saúde.

Santos e Westphal (1999) observam que na atualidade as concepções das ações em saúde buscam superar o modelo biomédico, mecanicista e centrado na doença, também denominado paradigma curativista ou biomédico. Esta concepção deve-se à ideia do cuidado ampliado, por meio de ações integradas, pois o processo de saúde e de doença passa a ser multifatorial.

O termo biomédico aqui utilizado faz referência a racionalidade empregada na medicina ocidental, que se prende a um imaginário científico, tal como descrito por Camargo Jr. (2005) e que se abriga em três aspectos centrais: (1) dirige-se à produção de discursos de validade universal, ou seja como produção de verdades sanitárias, cujo caráter generalizante não se ocupa do indivíduo em sua unidade; (2) a produção deste discurso, por sua vez, naturaliza a produção tecnológica humana e apresenta um caráter mecanicista e que a ele subordina os princípios de causalidade e, ainda, (3) o caráter analítico, que pressupõe relevância das partes sobre o todo. Nesse sentido, tal racionalidade se direciona a uma visão tecnicista, cujo corpo fragmentado e passível de adoecer, torna-se objeto de controle.

Para Mendes (1996) uma sociedade, por meio da produção social, poderá produzir tanto a saúde como a doença. A compreensão sobre saúde passa de uma condição de dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista voltadas para o corpo humano, para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente, nas relações sociais e subjetivas.

O modelo biopsicossocial pressupõe a oferta de uma assistência ao indivíduo de forma ampliada e não apenas o tratamento da doença. Ratificando a concepção ampliada de saúde na 1ª Conferência da Promoção de Saúde em Ottawa, em 1986, o texto enfatiza os pré-requisitos para obtenção de saúde: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - Ecossistema Estável – Recursos Sustentáveis - Justiça Social e Equidade (BRASIL, 2004). O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos, assim o cuidado em saúde preconizado pelo paradigma biopsicossocial envolve a contínua reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, incluindo também significados sobre saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, que torna necessária a criação de um espaço relacional que vá além do saber-fazer científico/tecnológico. Isso permite o olhar para a pessoa além da doença que apresenta em direção de uma vida saudável nos seus diversos aspectos (MANDÚ, 2004).

Ao contrário do modelo biopsicossocial, o biomédico define "saúde" como ausência de doença, dor ou defeito e se concentra na patologia, bioquímica e fisiológica ao estudar uma doença, sem considerar aspectos sociais ou a subjetividade das pessoas. Apesar das críticas existentes acerca do modelo biomédico, ainda é hegemônico no sistema de saúde e reflete um cuidado fragmentado, com o médico como protagonista da assistência (OMS, 2019).

Já o modelo biopsicossocial adota uma assistência humanizada, que coloca o paciente no centro do atendimento. Saúde e doença são condições que estão em equilíbrio dinâmico; estão (co)determinadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, todas em constante interação. O profissional deve criar um vínculo adequado com o paciente no acolhimento aos seus problemas e preocupações. Isso inclui expressões, gestos, contato visual e postura. O profissional deve ouvir de forma ativa, explicar procedimentos, diagnósticos e tratamentos.

Constata-se, porém, que no cenário atual a aplicação destas práticas no cotidiano dos serviços de saúde ainda é incipiente. O modelo biopsicossocial pressupõe ações integradas e interdisciplinares. Contudo, necessita de implementação que poderá estar atribuída à formação dos profissionais de saúde, dos modelos de gestão, de financiamento e funcionamento do sistema de saúde como um todo (SEBASTIANI; MAIA, 2005; PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

As narrativas dos profissionais do GF (2), demonstram uma atuação centrada na abordagem sintomatológica, exemplificadas pela dificuldade em reconhecer os diferentes tipos de violências e suas formas de identificação sendo percebida no momento de atendimento a outras demandas, sob a perspectiva do atendimento biomédico. De acordo com a fala do médico, sobre vínculo de confiança com a comunidade:

[...] Construimos o tempo todo, a cada encontro em consultas ou procedimentos. [...] existe a possibilidade de que a pessoa se aproxime, relatando um problema ou uma circunstância. Pessoalmente tem acontecido raramente, porque a maioria das vezes os pacientes trazem queixas do seu estado de saúde física, porque não tem uma confiança com o profissional para relatar. (G2 MED)

Apesar do profissional inferir que “constrói o tempo todo”, que adota uma escuta sensível e que identifica os riscos e as vulnerabilidades dos usuários em qualquer espaço, observa-se na sua fala a centralidade do atendimento médico focado na queixa física e a sua falta de vínculo com a comunidade. De acordo com Camargo Jr. (1992), são poucos os profissionais que, de fato, exercitam a escuta das demandas de ordem psíquica, física e social.

É preciso deslocar a abordagem médico-usuário, para ações voltadas para as práticas centradas na pessoa que considerem as singularidades de cada caso. Nessa perspectiva, estudos de Moreira e colaboradores (2014), ao abordarem a atuação das equipes, discutem a tendência a “medicalização” das violências, com atitudes prescritivas e intervencionistas. O reconhecimento das violências e sua visibilidade na rede básica de saúde requer mudanças nas abordagens realizadas pelos profissionais, que não priorizem apenas o cumprimento de metas e a execução das técnicas propostas pelos programas (ANDRADE; FONSECA, 2008). O modelo biologicista ainda hegemônico nos serviços de saúde, bem como na estrutura e organização dos currículos, fragiliza, de certa forma, a percepção do ser humano na sua integralidade (ANDRADE et al., 2011).

Os autores destacam a importância de uma formação que permita um olhar para além dos aspectos clínicos, que valorize a escuta e considere o contexto familiar, além dos fatores sociais, econômicos, culturais e inter-relacionais. Assim, independente do espaço de atuação profissional, seja durante as consultas, nas visitas domiciliares, nas atividades educativas ou em outro momento de interação com a comunidade, será possível ao profissional de saúde perceber o lugar da vítima em contextos de violências. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a aproximação do profissional e demonstração de interesse com a vida e o sofrimento do usuário, poderá facilitar a abertura a um diálogo sincero e terapêutico.

O modelo da APS, por meio das atividades preconizadas pela Estratégia da Saúde da Família e tendo o princípio do vínculo com a população, propicia o estreitamento das relações entre o serviço de saúde e a comunidade, além da rápida identificação de famílias de risco, de modo que este modelo de atenção à saúde desempenha papel fundamental nas abordagens das situações de violências em suas diversas modalidades, peculiaridades e especificidades (MARTINS, 2007).

[...] Penso que estabelecer vínculos na chegada da pessoa é muito importante para conhecer a situação real e tentarmos dar encaminhamentos adequados. [...] Na escuta conhecemos a situação mais aprofundada. [...] eu acho que a minha escuta faz a diferença. (G1 ACS I)

a.1) O acolhimento às pessoas em situação de violências

Importante discutir aqui, brevemente, o “conceito de acolhimento”, comum ao modelo de atenção biopsicossocial no processo de trabalho e como vem sendo praticado nos serviços de saúde na abordagem às pessoas em situação de violências. As falas dos participantes remetem à necessidade de repensar o acolhimento para propor a inclusão do problema na agenda da ESF, e organizar os serviços com base nas diretrizes do vínculo, escuta, primeiro contato e acolhimento. Nessa lógica, a condição de modelo de atenção centrado na família implica aproximação entre a equipe multidisciplinar e usuários em uma área de abrangência, o que possibilita desvelar problemas cujos determinantes são múltiplos e as ações para soluções são intersetoriais (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

A implantação da ESF em 1994 teve como prerrogativa a cobertura assistencial nas áreas consideradas de maior vulnerabilidade e o acolhimento na organização do processo de trabalho das equipes com base nos princípios fundamentais do vínculo e do cuidado longitudinal prestado à população adstrita, cuja assistência é realizada usualmente em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014).

Nos serviços realizados pela ESF o acolhimento às vítimas de violências nem sempre se apresenta explicitamente entre as demandas. A Estratégia de Saúde da Família, configura-se como um espaço potente para acolher as pessoas em situação de violências, pois o vínculo entre usuários e profissionais poderá favorecer um cuidado compartilhado de enfrentamento (OLIVEIRA; FONSECA, 2014). Assim, quando o profissional se depara com um paciente com suspeita de maus-tratos, essa lógica tende a ser quebrada, uma vez que sinais e sintomas podem ser confundidos com outros diagnósticos diferenciais. A Política Nacional de Humanização, cuja diretriz mais importante é o acolhimento, surge como proposta aos problemas referentes ao acesso aos serviços de saúde pública e à qualidade do processo de trabalho dos profissionais de saúde nas unidades, que persistem mesmo com os avanços e conquistas nas últimas décadas no Sistema único de Saúde e com a criação da Estratégia de Saúde da Família. Problemas esses que decorrem da forma de organização do atendimento ao usuário prestado nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

A qualidade da assistência do acolhimento na atenção básica relaciona-se a diversos fatores que interagem entre si e, conseqüentemente, ocasionam respostas que vão interferir no processo de trabalho dos membros da equipe multidisciplinar no SUS. A prática do acolhimento constitui ferramenta fundamental para a reorganização do processo de trabalho, pois possibilita, também, o cuidado efetivo e a resolutividade das ações desenvolvidas. Portanto, no processo de trabalho de uma equipe de saúde da família, o acolhimento é fundamental para organização do serviço e proporciona aos pacientes qualidade no acesso aos serviços e escuta mais qualificada, com o direcionamento adequado de seus problemas em busca de uma resolubilidade eficaz (BARALDI; SOUTO, 2011).

A abordagem exige do profissional maior comprometimento com o processo saúde/doença da população, daí a importância da implantação e efetivação do acolhimento como forma de garantir o acesso a todos os usuários aos serviços de saúde. Segundo Hennington (2005), acolher significa humanizar o atendimento. O acolhimento possibilita estabelecer uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe. É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental. Ainda segundo o autor, o acolhimento reduz a fragmentação dos atendimentos prestados, pode resolver o problema da demanda e evitar as listas de espera.

É preciso adotar práticas singulares podendo elaborar um projeto de enfrentamento junto à vítima de violências respeitando sua decisão e o contexto com avaliação de risco propondo medidas e encaminhamentos adequados.

Desse modo, a escuta, o acolhimento e o diálogo entre profissional e pessoa em situação de violências, buscam a identificação das demandas e das soluções alternativas que se traduzem em formas de lidar com a situação, as quais são próprias para cada condição. O vínculo dos profissionais é uma condição para escuta e relato das violências, como se pode observar na fala:

[...] Eu acho, realmente, o acesso a informação é o vínculo que temos com a comunidade, e muitas vezes chegamos na casa, e aquela mulher está sofrendo alguma violência, às vezes até o agressor está por ali, mas ela te dá toques de que você tem que entender os sinais. (G1 ACS 2)

O acolhimento pressupõe uma postura dialógica entre profissionais e usuários e pode proporcionar a formação do vínculo a partir do qual se viabiliza a produção de um projeto de cuidado (BRASIL, 2013).

[...] Criamos uma amizade com aquela pessoa da nossa área, construímos um vínculo de amizade e ela acaba confiando em você; confia em te contar as coisas, em falar pra você o que está acontecendo, que está sofrendo. (G1 ACS 2)

[...] já conquistei minha área com um vínculo com a comunidade. Tem mulheres que conversa comigo, tem adolescente, tem tudo! então, é o vínculo conquistado por todos esses anos de trabalho. (G1 ACS 6)

Nos relatos mencionados pelos ACS 2 e ACS 6 foi possível observar o vínculo como uma prática potente nas relações estabelecidas. Por sua vez, a escuta sensível possibilita o acesso dos usuários às tecnologias condizentes com as suas necessidades e, também, que todos sejam atendidos com base em prioridades definidas em avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013). O diálogo, a escuta e o vínculo são considerados potencialidades no processo de cuidado (OLIVEIRA et al., 2021). Esse vínculo é maior na atuação dos ACS, segundo Oliveira e colaboradores, uma vez que estão mais próximos às comunidades, o que facilita a formação do vínculo com as famílias dos territórios.

O ACS acolhe, por meio do diálogo, da escuta ativa e do vínculo, as demandas psicossociais das pessoas da sua área de abrangência no território por meio das visitas domiciliares. A visita pode ser considerada recurso fundamental para detectar as violências durante o cotidiano de trabalho (OLIVEIRA et al., 2015). O ACS pertence à comunidade, conhece a realidade local e, frequentemente, é o primeiro a identificar situações de risco em relação às violências ou presenciar tais situações. Em virtude disso, constitui elo entre a equipe e a comunidade (OLIVEIRA et al., 2015).

As violências são um fenômeno complexo e, portanto, demandam a intervenção de vários setores da sociedade e dos serviços de saúde que compõem a rede de atenção; recomenda-se, contudo, a ESF como local da rede de atenção, pela proximidade com as comunidades e pela disponibilidade de atuação multiprofissional. A diversidade de olhares sobre o problema pode promover ações mais efetivas (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013; OLIVEIRA et al., 2015).

[...] não realizei nenhum procedimento, apenas escutei e a acolhi. [...] Teve uma outra situação que a paciente estava com uma marca no pescoço, eu percebi e conversei com ela. Não realizei nenhum procedimento. (G2 DENT)

[...] quando percebemos uma marca no corpo das pessoas, ouvimos e acolhemos dando o suporte necessário. (G2 TEC ENF 2)

b) “Subnotificação e invisibilidade das violências”

Vejam agora a Categoria “**Subnotificação e invisibilidade das violências**”. As narrativas reforçam a “invisibilidade de violências”, contudo, mais evidentes para os profissionais da rede quando existem marcas físicas. Observou-se que para estes profissionais o reconhecimento das situações em que as violências física e sexual estão presentes é mais comum. No entanto, são grandes as dificuldades em reconhecer ou perceber outros tipos de violências, por serem mais “sutis” e, muitas vezes, não apresentarem sinais explícitos.

No estudo de Martins e colaboradores (2016), sobre o acolhimento às mulheres em situação de violências, eram os ACS quem escutavam as mulheres, quem desenvolviam vínculos com as usuárias e quem revelavam sensibilidade para perceber além do que lhes era verbalizado. Contudo, no presente estudo, apesar dos vínculos dos ACS com as usuárias, não foi possível perceber esse acolhimento como efetivo para notificar e denunciar, outro ponto de inflexão nesse debate:

[...] Eu escuto, mas não oriento, pois tenho medo, porque na maioria das vezes elas continuam no relacionamento. (G2 DENT)

Segundo a literatura, esta postura da ausência de uma “escuta negociadora”, pode caracterizar terreno fértil para a eclosão das violências no trabalho e suas consequências para os profissionais e o cuidado realizado (LOPES et al., 2015; PAI et al., 2018).

Moreira e colaboradores (2014), discutem o dilema entre “tomar uma atitude” ou “preservar os vínculos com a família”, ou seja, optar por uma ação mais radical que pode, no limite, separar os membros da família ou, optar por ações de aproximação, suporte e orientação. Interessante notar que essa decisão é tomada, de modo geral, como uma responsabilidade exclusiva dos profissionais, e evidencia que a definição das estratégias de cuidado não é pensada como algo a ser compartilhada e/ou negociada com os usuários e sua família, como proposto por Ayres (2005) e Merhy (2002).

Nesse sentido, verificou-se que na atuação dos profissionais da APS no enfrentamento às violências por vezes esses profissionais demonstram medos e angústias que dificultam a identificação dos casos, sobretudo em virtude da fragilidade de preparação profissional (LEITE et al., 2021), e os profissionais reconhecem as fragilidades que existem para a prática do cuidado às vítimas de violências no território, como exemplificada na fala a seguir:

[...] E quando realizamos a escuta, não opinamos, não auxiliamos nesse ponto, porque não temos essa capacitação. (G2 TEC ENF 1)

O reconhecimento do despreparo para o enfrentamento das violências remete à necessidade de ações de cunho educativo e informativo, que centrem na temática e proporcionem espaços de discussão no cenário das práticas, para que os profissionais reflitam acerca das violências de modo que seja incorporada como objeto da saúde e assim investigada durante o encontro do profissional com o usuário.

O despreparo dos profissionais como referido em vários momentos, dificulta o processo de identificação dos agravos que se reflete na construção de ações para prevenir as violências e suas repercussões para o indivíduo, as famílias e toda a comunidade. Alguns estudos destacam as fragilidades na formação profissional para lidar com situações violentas e a própria concepção dos profissionais sobre suas causas, além de uma rede intersetorial que não consegue romper com o ciclo de violências (BERGER, 2011; MOREIRA et al., 2014; D'OLIVEIRA et al., 2020).

Santos (2020) destaca em pesquisas realizadas por diversos autores a atuação da saúde pública no enfrentamento das violências, mais especificamente na Atenção Primária à Saúde, mostram que, apesar do aumento da demanda, ainda há a falta de investimento na preparação dos profissionais. Ramos e colaboradores (2016) apontam que os profissionais de saúde ainda mantêm práticas isoladas, o que dificulta as ações de prevenção e promoção nas situações de violências que exigem ações intersetoriais.

No presente estudo, nota-se esforços de se trabalhar de forma compartilhada incluindo outros profissionais para acolher as demandas das pessoas em situação de violências, como ilustra a fala a seguir:

[...] nós da ESF, a assistente social do CAPS, e a psicóloga do NASF. Houve casos de violências que chegaram até nós e começamos a trabalhar em grupo e fomos percebendo que havia mais de um caso; e o grupo foi crescendo. (G2 ENF 2)

Importante ressaltar que a atuação da psicóloga e da assistente social junto às equipes nas rodas no manejo dos casos apresentados nas discussões, mostrou diferentes modos de compartilhar saberes e práticas. Nos estudos de Moreira e colaboradores (2014), a atuação desses profissionais enriqueceram as discussões e a oferta de ações e compartilhamento de saberes e fazeres na perspectiva do trabalho colaborativo.

A participação da assistente social e da psicóloga foi indicada como uma potência na condução do grupo para definição de estratégias de enfrentamento.

[...] acho que quando atendemos de forma compartilhada uma situação complexa, conseguimos pensar em ações e estratégias. [...] a equipe junto, além de apoiar a paciente, consegue se apoiar, e consegue de uma certa forma fortalecer ali tudo. (G2 ENF 1)

O dado explicitado na fala revela um modo de integrar a visão de diferentes profissionais, mas também uma estratégia de compartilhamento de responsabilidades, sobretudo o apoio dos profissionais envolvidos principalmente aos aspectos emocionais que as situações de violências mobilizam. Nesse sentido, indica o esforço em se contrapor a centralidade do saber biomédico e fragmentação do cuidado (MOREIRA et al., 2014).

O acolhimento com respeito, compromisso e empatia é alicerce para a formação do vínculo com às vítimas em situação de violências, o que potencializa o relato. Importante destacar que as vivências compartilhadas nas rodas de conversa e pelo trabalho em equipe fortalecem as vítimas no empoderamento e autonomia como revela a narrativa:

[...] A dinâmica do grupo com rodas de conversa, elas relatavam os casos, e chegaram às conclusões para tomada das próprias decisões. (G2 ENF 2)

Ainda nos estudos de Moreira e colaboradores (2014), a concepção dos profissionais sobre a autonomia e participação do usuário no cuidado é um assunto que pode contribuir para a atenção integral centrada no usuário. Outro aspecto particularmente importante para a qualificação do trabalho – e não somente para as situações de violências, mas para qualquer trabalho em saúde – é promover entre as equipes uma reflexão sobre o exercício de autonomia e incluir a negociação com os usuários como elemento fundamental na definição de projetos terapêuticos.

[...] temos o plano para retomar esse grupo, inclusive já nos reunimos com os profissionais do matriciamento para inclusão nas atividades de grupo para o próximo ano. (G2 ENF 1)

A narrativa citada revela o reconhecimento da importância do Apoio Matricial (AM) como uma estratégia potente para a ampliação do escopo de ações da ESF, bem como o acesso dos usuários às ações e serviços. O AM se dá no cotidiano das equipes de saúde e nos espaços de matriciamento promovidos entre as equipes de referência. Trata-se de um processo de construção do conhecimento de forma compartilhada, que objetiva oferecer suporte clínico-especializado às equipes apoiadas, dentre elas a ESF (BATISTA; QUIRINO; SILVA, 2020).

O AM constitui-se, então, como uma ferramenta que altera a lógica de funcionamento das equipes de saúde com foco no trabalho colaborativo e participativo (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017). É uma estratégia interprofissional que possibilita o fortalecimento do compromisso dos profissionais com a produção de saúde e com a condução dos casos, reduz o excesso de encaminhamentos e fortalece a corresponsabilização pelos processos de cuidado. Isso contribui para o crescimento da interdisciplinaridade e rompe com as ações fragmentadas e verticalizadas, características do modelo biomédico (BATISTA; QUIRINO; SILVA, 2020).

Cabe destacar que a participação dos profissionais da rede intersetorial – o Núcleo Ampliado à Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial (psicólogos e assistentes sociais) – nas reuniões de discussão de casos foi apontada pelas equipes como um diferencial importante, que possibilitou maior agilidade e resolutividade. Esse diferencial se deu tanto pela possibilidade de ofertar ações específicas quanto pelo compartilhamento de saberes e fazeres, o que permitiu aos profissionais da equipe de saúde da família maior segurança, sensibilização e mobilização dos participantes para o enfrentamento de situações problemáticas.

O trecho a seguir evidencia estratégias para o acolhimento às vítimas de violências permeadas pelas práticas prioritariamente relacionais pelos vínculos de confiança entre o profissional que realiza os atendimentos.

[...] há situações da paciente vir diretamente me procurar dizendo: quero falar com a enfermeira, [...] e daí eu levei para o CRAS. [...] Em outras situações, aciono o agente comunitário para ficar mais atento, verificar o que está acontecendo nas famílias e territórios. (G2 ENF 3)

A fala do participante enfermeiro inclui o agente comunitário de saúde como principal protagonista nesse acolhimento, numa articulação entre os saberes das práticas relacionais por meio do diálogo, da escuta, do vínculo e das orientações individuais e coletivas no território. O conhecimento dos agentes comunitários sobre a dinâmica familiar e do território foi amplamente utilizado nas estratégias de cuidado por meio das visitas domiciliares para aproximação com as famílias.

No contexto da Saúde da Família (SF), os vínculos estabelecidos entre profissionais e usuários facilitam a identificação, intervenção e acompanhamento das situações de violências. Entretanto, alguns estudos têm demonstrado o quanto os profissionais das USF estão despreparados para lidar com situações de violências nos territórios (BATISTA; QUIRINO; SILVA, 2020). No intuito de suprir essa lacuna, observa-se que os trabalhadores utilizam das práticas relacionais e dos vínculos na rede intersetorial para intervir nessas situações, todavia a

rede intersetorial ainda não responde de forma satisfatória. O profissional, muitas vezes, vai além do que está previsto na sua função na busca por respostas que possam auxiliar o usuário. Essas ações são importantes porque encontram diferentes saídas e respostas e mostram a potência de um trabalho vivo. No entanto, respostas institucionais que deem amparo às ações dos trabalhadores precisam ser articuladas, uma vez que ações individuais isoladas acabam expondo o profissional, além do desgaste emocional que compromete sua saúde (SANTOS, 2020).

[...] Agora como é que nós hoje, enquanto profissionais da Atenção Básica, resolvemos nossos problemas relacionados a violência? É por meio do vínculo, é conhecendo alguém no CRAS, lá no Conselho Tutelar, o vínculo que temos, é por telefone, ligando: “colega, eu tenho essa situação, me ajuda aí”; nesses casos mais graves. (G3ENF 7)

A fala demonstra a desarticulação da rede com ausência de fluxos definidos. Acaba-se por recorrer a alternativas das práticas relacionais para situações consideradas extremas.

Rodrigues e colaboradores (2018) investigaram como profissionais percebem seus trabalhos e qual a necessidade de articulação intersetorial, tendo como objetivo comparar vivências e percepções de usuários e profissionais de saúde relativas à violência no âmbito da Atenção Primária à Saúde e à rede intersetorial, achados que corroboram com o presente estudo. Observa-se ainda a fragilidade em desenvolver estratégias para a promoção de uma cultura de paz no território por falta de respaldo institucional – sendo o medo, a insegurança e as fragilidades da rede assistencial desafios que ainda precisam ser superados (BATISTA; QUIRINO; SILVA, 2020)

Além das dificuldades apontadas, o conjunto de ações que se desenvolvem subsequentes ao reconhecimento dos casos, essenciais à resolutividade, traz outros desafios aos serviços de saúde, sobretudo, quando considerada a intersetorialidade e a perspectiva de rede requerida. A fala a seguir confirma a ausência do respaldo institucional apontado como desafio pela literatura:

[...] Essa questão de desenvolver uma cultura de paz, acho que na nossa área é muito complicada pela vulnerabilidade e a falta de respaldo. [...] O território é muito vulnerável, violências de todos os tipos. (G2 ENF 1)

Soma-se às fragilidades, a carência de programas de educação permanente voltados para os profissionais acerca do tema das violências identificada por um dos participantes como ponto fundamental para a qualificação dos serviços e profissionais, podendo interferir na abordagem para uma cultura de paz.

A Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das equipes. Parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe provocar mudanças a partir da reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais em ação na rede de serviços e tem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

[...] Até vontade de ajudar, mas não temos suporte, preparo adequado e apoio por parte de outras instituições e profissionais; não temos o apoio da polícia, [...] não tem apoio de outras instâncias nem tão pouco apoio psicológico. (G2 TEC ENF 3)

Outra dificuldade no manejo das violências pelos profissionais da ESF citado pelo participante a seguir é a ausência de um fluxo institucionalizado que gere encaminhamentos adequados e indique estratégias de recuperação/superação que desestimulem a (re)vitimização.

[...] Uma pessoa que em vários momentos ela chega para o profissional enfermeiro, [...] aí faz o encaminhamento aí ela vai encaminhar para o CRAS, [...] aí o CRAS encaminha ela para o CRAM... Esse discurso para diversas pessoas diferentes, em diversos contextos, dificultando as estratégias de recuperação/superação. (G2 PSICO 1)

Pensando na vítima, esse itinerário no sistema pode se tornar uma “via crucis”, inibindo e desmotivando a vítima de levar seu cuidado adiante. Ainda terá de recorrer a diferentes instituições, passar tempo em filas e se expor a diferentes profissionais, que muitas vezes não são qualificados para o acolhimento e que não se comunicam sobre os casos. Conseqüentemente, a vítima acaba por reviver momentos angustiantes a cada encontro, que evocam sentimentos ruins e geram mais sofrimento (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Estudos de Branco e colaboradores (2020), evidenciaram as lacunas na formação acadêmica dos trabalhadores, que devem ser supridas por treinamentos e capacitações nos serviços, aprendidas na prática diária por intermédio dos atendimentos prestados, com a utilização de fluxos adequados e resolutivos que não naturalizem as violências cotidianas e não reforcem a (in)visibilização das pessoas que sofrem agressões.

Restam a esses trabalhadores conhecer a existência dos fluxos, mas admitem que:

[...] Os diferentes tipos de violência estão presentes no cotidiano do nosso trabalho, às vezes não são visíveis e até banalizadas; tem violência física, violência psicológica, violência patrimonial, verbal e institucional entre outras.... elas chegam também nas várias entidades de suporte e nas Unidades de saúde, esses outros tipos de violência.

Porque às vezes a impressão que tenho que só intervimos nas violências extremas e outros tipos passam despercebidas. (G2 PSICO 1)

A declaração do participante ressalta que a invisibilidade de situações de violências pode estar relacionada à banalização de seus efeitos e, também, ao distanciamento dos profissionais em relação às histórias de vida dessas pessoas. Sobre esse comportamento, Schwantes e colaboradores (2011) falam sobre a importância do papel e a concepção acerca das violências para reconhecê-las e conseqüentemente desnaturalizar certas violências que impactam diretamente nas intervenções realizadas pelos profissionais.

Pode-se ainda considerar que, pela influência de uma formação biologicista, a identificação das violências se encontra geralmente correlacionada ao termo agressão física e aos exames físicos realizados. Muitos profissionais se atêm ao que é palpável, visível, ignorando os aspectos psicológicos e culturais da violência (MARGARIDO, 2011).

A notificação das violências é uma ferramenta importante que tem como objetivo dar visibilidade a esse fenômeno, que se constitui enquanto problema social, de saúde e de segurança pública. A vigilância das violências instrumentalizada por meio da ficha de notificação é parte da estratégia do SUS, assim como os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde (BRASIL, 2009).

A notificação permite conhecer melhor os casos de violências, bem como as características dos autores e das vítimas – sexo, raça/cor e escolaridade – que podem contribuir na configuração dos grupos e suas vulnerabilidades. Embora as violências atinjam toda sociedade provocando prejuízos físicos, emocionais e econômicos, esse fenômeno ocorre de modo distinto entre grupos sociais, como mulheres, negros, jovens de baixa escolaridade, dentre outros (BRASIL, 2009).

Apesar da obrigatoriedade, a subnotificação das violências é uma realidade no Brasil (BRASIL, 2005b). Importante destacar que, em relação às denúncias sobre violências às mulheres à Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, foram registrados 32,9 mil casos entre janeiro e abril de 2019 contra 37,5 mil no mesmo período de 2020. No entanto, os números oficiais não refletem a realidade dos casos no Brasil, com episódios de violências que não compõem as estatísticas oficiais (BRANDÃO, 2020).

Em relação aos casos notificados de violências no município, observa-se que provavelmente os dados também não refletem a realidade das notificações no âmbito do sistema de informação, isto verificado nos discursos dos profissionais durante os grupos focais, cujo procedimento é permeado por medo de represália e o desconhecimento da importância do preenchimento da ficha de notificação e uma clara confusão entre os termos “denúncia” e

“notificação”, o que favorece a subnotificação. A maioria dos profissionais mencionou desconhecer este instrumento de notificação, e chegou a associar a ficha como um ato de denúncia, reafirmando o que muitos estudos vêm mostrando na literatura (BATISTA; QUIRINO; SILVA, 2020).

Ao analisar as notificações dos casos de violências ao longo dos anos de 2017 a 2022, observa-se que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) não se configura como uma potente unidade notificadora de casos de violências (Tabela 6).

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2022), as notificações das violências doméstica, sexual e outras interpessoais, nesse período, foram realizadas pela Unidade de Vigilância em Saúde (VIEP) com (487 notificações), seguido do Hospital Regional Deputado Luiz Eduardo Magalhães (336 notificações), UPA Frei Calixto (71 notificações), UPA Arraial (52 notificações), SAE (38 notificações) e as USF Parque Ecológico, Miraporto, Areião, Arraial Bairro, Cambolo, Trancoso, Mirante, Itaporanga, Vila Vitória (de 04 a 01 notificação cada), o que indicam a subnotificação (Tabela 06).

Tabela 6 – Quantitativo de casos de notificações entre 2017-2022, por Unidade Notificadora do Município de Porto Seguro-BA.

Unidade Notificadora	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Unidade de Vigilância em Saúde - VIEP	1	83	186	93	87	37	487
Hospital Regional Deputado Luiz Eduardo Magalhães	25	53	102	62	40	54	336
UPA - Unidade de Pronto Atendimento Frei Calixto	6	15	25	10	8	7	71
UPA - Unidade de Pronto Atendimento Arraial	15	13	11	5	1	7	52
SAE Ed. Aquino	1	4	24	3	5	1	38
Pronto Atendimento de Trancoso	5	1	6	4	-	4	20
Unidade Indígena I Barra Velha	5	1	8	3	-	-	17
USF Parque Ecológico II	-	-	3	1	-	-	4
USF Miraporto	1	-	-	1	-	-	2
USF Parque Ecológico I	1	2	1	-	-	-	4
USF Areião II	-	-	-	-	1	-	1
USF Arraial Bairro I	-	2	-	-	-	-	2
USF Cambolo	-	1	-	1	1	-	3
USF Trancoso II	1	1	-	-	-	-	2
Unidade Indígena III Boca da mata	-	3	1	-	-	1	5
USF Mirante	-	-	1	-	1	-	2
Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA	-	-	1	1	1	-	3
USF Itaporanga	1	-	-	-	-	-	1
USF Trancoso I	-	-	-	-	1	-	1

USF Vila Vitoria Porto Alegre	-	-	-	-	1	-	1
USF Vale Verde	-	-	-	-	1	-	1
Pronto Atendimento do Arraial D'ajuda	-	-	1	-	-	-	1
USF Casas Novas	-	-	-	1	-	-	1
USF Mercado do Povo III	-	-	-	-	1	-	1
Total	62	179	370	185	149	111	1.056

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde frente à identificação e notificação de maus-tratos foram abordadas em alguns estudos (LIMA; DESLANDES, 2015; MARTINS et al., 2016; MARQUES, 2019), sendo possível constatar que o não reconhecimento de situações de violências vivenciadas pelos usuários por parte dos profissionais de saúde é um elemento que impede a notificação, o que é comum, sobretudo nos casos em que as violências ocorrem de forma velada, ou seja, sem sinais físicos visíveis. Daí, a subjetividade que permeia a identificação das violências enquanto empecilho para a notificação na maioria dos casos.

Outro aspecto que influencia a invisibilidade dos casos de violências é a vivência dos profissionais nos territórios de atuação, com a presença direta permeada pelos vínculos estabelecidos na população adscrita. Se por um lado o vínculo favorece a aproximação do profissional com o usuário, amplia a eficácia das ações de saúde e a possibilidade de identificação de riscos, por outro, pode resultar em ações repressivas para os profissionais de saúde. É o que revela o seguinte relato:

[...] O sigilo das informações não é garantido, então se não preserva o sigilo dos casos, os profissionais têm medo de vazar essas informações. Até que ponto esses dados são seguros? [...] Como é que isso vai chegar e até onde vai chegar? (G2 FISIO)

Para Oliveira e colaboradores (2013), o medo e a insegurança dos profissionais também estão relacionados à falta de sigilo que, por vezes, expõe o denunciante à família, deixando-o suscetível a sofrer algum tipo de repressão. Dessa forma, o fluxo não sigiloso da notificação provoca medo a quem realiza, expõe as vítimas e também os profissionais que estão em contato com o caso.

A insegurança demonstrada pela fala reflete resistência para a realização da notificação como parte do processo de trabalho. Conceição e colaboradores (2012), em seu estudo, percebem uma resistência por parte dos profissionais em abordar as violências. Esta resistência guarda relação com o temor e o receio que envolve a notificação das violências na comunidade.

Muitos profissionais sentem-se vulneráveis, sobretudo por estarem inseridos em um modelo de saúde cuja atuação na comunidade é diária. Nota-se, portanto, que as violências causam desconforto nos profissionais de saúde, sobretudo porque estes referem ter medo da própria violência urbana.

A violência urbana no cotidiano dos serviços e cujas práticas de enfrentamento não se mostram eficazes, apesar dos profissionais conviverem com as dinâmicas de territórios marcadas pelas vulnerabilidades, exige dos profissionais intervenções orientadas por uma concepção ampliada de saúde para a contemplar os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado e do cuidado de si (BENIFÍCIO; BARROS, 2017).

Chamam a atenção as falas que sinalizam receio em realizar notificações dos casos por medo de represálias, pelo entendimento de que notificação e denúncia se referem aos mesmos procedimentos. Há uma confusão marcante e corrente entre notificação e denúncia, expressa nas falas, em todos os grupos. Há casos, inclusive, em que o profissional se refere às denúncias indiscriminadamente, sem recorrer à notificação.

[...] O meu receio em relação à denúncia estava ligada a minha presença direta no território e isso não me deixava tranquila para realizar a notificação. (G1 ACS 2)

Como mencionado anteriormente, os ACS pertencem à comunidade, conhecem a realidade local e, frequentemente, são os primeiros a identificarem situações de risco em relação às violências, uma vez que acolhem os usuários da área por meio da escuta e do vínculo que estabelecem durante as visitas domiciliares -- uma potente estratégia para identificar situações de violências, todavia, não se sentem seguros para realizarem a notificação por estarem presentes no território.

A notificação da violência, inicialmente, segue os mesmos fundamentos de qualquer notificação compulsória de agravos já implementados na saúde pública (doença infectocontagiosa), configurando como uma ferramenta epidemiológica que traça o perfil epidemiológico de uma determinada situação, em um território específico, cujo objetivo é o estabelecimento de políticas públicas pautadas na realidade local (LIMA; DESLANDES, 2015).

Nota-se, assim, que a notificação, em si, não instaura uma denúncia. Contudo, nada impede que, paralelamente à notificação, a denúncia seja efetuada. Já a denúncia, por sua vez, é o nome técnico dado à peça processual que dá início à ação penal promovida pelo Ministério Público (BRASIL, 2005b).

Diante de tal explicação, o que cabe ao setor saúde, portanto, é a comunicação por meio da notificação, sendo reservada às outras instâncias a instauração ou não da denúncia (BANNWART; BRINO, 2011). Além da tônica da notificação como mera denúncia, observou-se, nos discursos e nas práticas, o uso da prerrogativa da notificação como exercício de poder de polícia sobre o notificador e/ou notificado, com fins únicos de coação, de repressão ou ameaça (CARVALHO, 2009).

[...] Teve o caso de uma colega, com uma situação também de violência, que realizou uma denúncia, [...] e acabou saindo o nome dela, entendeu? Então já temos esse medo de denunciar; pois quando chegar lá no território, foi o agente de saúde que ligou e falou sobre sua situação; temos muito medo de ser apedrejado na área. (G1 ACS 7)

Cabe ressaltar que o modelo de atenção da APS preconizado pela adscrição territorial com a delimitação da população tendo a visita domiciliar como estruturante no processo de trabalho, principalmente dos agentes comunitários, gera vínculos e ao mesmo tempo insegurança, visto que o agente comunitário é frequentemente identificado pela comunidade como o autor da denúncia de situações de maus tratos, como demonstram muitas falas dos participantes nos grupos focais. O relato a seguir é um exemplo:

[...] O que percebemos pois também já trabalhei na esf, e sentia isso; ali é uma unidade que é vinculada aquele território que é adscrito daquela equipe, ou seja, o profissional da esf estabelece vínculo com aquelas famílias, todo mundo sabe quem você é, a hora que você chega na esf, hora que você sai. [...] E aí você tem aquele medo, a insegurança daquele profissional que está naquela unidade básica, para fazer essa notificação [...] Então, é outra barreira para a notificação. (G3 ENF/VIÉP 1)

Além disso, indica uma reflexão acerca dos vínculos estabelecidos dos profissionais no território, se por um lado o vínculo favorece a aproximação do profissional com o usuário, possibilita a identificação de riscos e as vulnerabilidades, por outro, pode resultar em medo e insegurança para a realização das notificações.

Outra dificuldade apresentada pelos profissionais da rede intersetorial foi a dinâmica do “território vivo” onde a vida acontece. “A concepção do território como espaço físico, geopolítico, com uma visão topográfica-burocrática e; outra que entende o território-processo, como produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política” (MENDES, 1993 *apud* CHAGAS et al., 2011, p. 15).

Compreender a dinâmica da população, as relações sociais e econômicas e o processo de produção da saúde ou da doença e também os riscos e as vulnerabilidades como resultantes da interação dessas diversas dimensões imbricadas no cotidiano da vida dos sujeitos que habitam o território, significa realizar uma intervenção que vise uma cultura de paz pelos profissionais que nele atuam. É importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersectorialidade.

Desse modo, o território utilizado pela população pode ser assim operacionalizado, devido à concretude produzida pelas práticas humanas, tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial, como aquelas circunscritas à vida social cotidiana (SANTOS, 1996).

As narrativas a seguir auxiliam na compreensão do quão difícil é lidar com essas situações no território, que dificultam o processo de notificação e podem, na visão dos profissionais, desencadear uma “reação de vingança” por parte do acusado da agressão, o que se agrava quando está envolvido também em atitudes ilícitas (CONCEIÇÃO et al., 2012).

O contato com a violência urbana pela atuação do crime organizado e do tráfico no território também foi expresso nas falas. Faz parte do trabalho lidar com os limites impostos pela ação do “poder paralelo”, adaptar-se às regras impostas por esse poder, além de trabalhar o medo, a angústia e o terror. A necessidade de um suporte institucional e de outras instâncias para essas questões precisam ser consideradas (SANTOS, 2020), conforme identificadas na fala a seguir:

[...] como enfermeira da ESF, se chamo a polícia, ave Maria, eu não volto mais para a unidade. Infelizmente, olha a situação, o respeito das singularidades do território, então...quais equipamentos podemos contar para nos apoiar? (G3 ENF/DAB 3)

[...] quem tem uma vivência nas comunidades percebe que quanto que é perigoso você falar sobre essas questões, você denunciar esses abusadores, esses agressores. (G3 AS/SUAS 3)

[...] Então assim, às vezes é complicado você falar assim "eu quero denunciar, eu vou denunciar", mas e aí? Você vai fazer uma denúncia dessa, você vai gerar risco pra outras pessoas, pode você não ser descoberto, mas assim, existem outras pessoas que podem, por achismo mesmo, por dedução, e achar "foi fulano ou foi ciclano", e acontece muito. (G3 AS/SUAS 3)

[...] Eu falo isso com a experiência, por exemplo, lá na comunidade onde meu pai mora, existe uma regra dentro dessa comunidade, que até certo limite você pode ligar pra polícia na questão de violência contra a mulher, no outro limite, você não pode ligar, quem resolve são os gerentes do tráfico. (G3 AS/SUAS 3)

As regras de acesso impostas por facções ligadas ao tráfico de drogas e armas inibem a entrada de profissionais de saúde e comprometem a visita domiciliar das equipes de ESF (LEITE et al., 2021). As narrativas reveladas pelos participantes do GF (3) acenam, portanto, para a ausência das notificações dos casos de violências pelos agentes comunitários no território, não sendo uma prática comum no processo de trabalho, que pode estar fundamentada no medo e na insegurança pelo desconhecimento da sua importância para os indicadores de saúde e a qualidade de vida da população.

Estudos de Noronha e colaboradores (2005 *apud* CARVALHO, 2009), indicam outras dificuldades de caráter prático que são encontradas pelas equipes, sobretudo pelos agentes comunitários de saúde, nas áreas de alta criminalidade, uma vez que os próprios profissionais se encontram vulneráveis diante dos eventos violentos que tentam intermediar. Os ACS ficam expostos a algumas situações de violência social cotidiana, tais como: ter conhecimento de situações criminosas no interior das comunidades, presenciar violências físicas, conviver com miséria intensa em determinados territórios e, em alguns casos, sofrerem algum tipo de violência (LESSA, 2013; FERREIRA et al., 2021).

Outro aspecto reforçado pelo desconhecimento dos fluxos e a não realização da notificação como uma prática no processo de trabalho em função da insegurança:

[...] É isso que estamos ainda inseguro de fazer! Nunca foi nossa rotina de fazer as notificações. (G1 ACS 1)

[...] Aproveitando o momento, gostaria de esclarecer essa dúvida, com essa pergunta: no caso, quando eu faço essa notificação, aí eu sincronizo, vai para onde essa informação? Quem vai visualizar? (G1 ACS 3)

[...] os agentes comunitários de saúde, ainda trabalham com insegurança, porque nós temos muito medo, vemos e não podemos falar. Muitas vezes tem que se calar de frente com os problemas, porque é isso aí, Vai tentando mas não tem retorno! e ficamos meio perdidos sem amparo e sem os desfechos atualizados! e é isso aí. Então nós temos que procurar um jeito de mediar e tentar dar encaminhamentos às situações com a equipe. (G1 ACS 5)

Nos resultados encontrados por Carvalho (2009) em seu estudo, verificou-se que as ações de notificação realizadas pelos profissionais não foram ressaltadas nos discursos como um ato preventivo. A notificação não foi entendida, segundo a autora, como um “instrumento de prevenção”, o qual inicia um processo que visa interromper atitudes e comportamentos violentos.

O silêncio evidente na narrativa do ACS frente às violências muitas vezes se dilui nos costumes e comportamentos socioculturais, naturalizando e tornando invisível os atos de violências. Esta naturalização pode estar associada ao reconhecimento dos diversos tipos de violências e também à ineficácia das estratégias de prevenção, ou mesmo, na ausência e escassez de políticas públicas para seu enfrentamento (PASSOS, 2007). Ressaltamos a ideia de que a violência é uma construção cultural e muitas vezes torna-se naturalizada nas práticas sociais. Em outras palavras, os sujeitos compartilham significados, valores e atitudes, se identificam aos elementos do discurso social e reproduzem atitudes culturais que podem fortalecer a "cultura da violência", como lembra Wittner (1992), "a imagem da violência cola à pele".

Outro contexto expresso nas falas é a dificuldade da gestão em dar respostas imediatas, como demonstra a narrativa a seguir:

[...] Na minha micro área, houve uma briga, tive conhecimento e notifiquei, fiquei tomando conta, [...] pois não temos retorno das notificações e o que foi feita dela. (G1 ACS 1)

O sentimento de medo e desamparo revelado pelos ACS, pela ausência de ações de controle por parte da gestão, que frequentemente não dá retorno aos notificantes dos resultados das análises realizadas e das ações que foram desenvolvidas, corroboram também para o descrédito dos objetivos da notificação por parte dos profissionais de saúde (TEIXEIRA et al., 1998).

As falas demonstram que a gestão pode tratar a informação de forma burocrática para tomada de decisões. Portanto, a implementação da notificação depende da sensibilização dos profissionais/gestores para que reconheçam a importância dessa informação (LIMA; DESLANDES, 2015).

Estudos de Leite e colaboradores (2021), evidenciaram pouco interesse por parte dos profissionais em notificar os casos de violência por desconhecerem seus desdobramentos e por considerarem que seus resultados são de pouca utilidade na realidade do trabalho. Contudo, a não informação dos casos de violências vivenciados pelos profissionais, independente de sua

natureza e das relações entre os envolvidos, acarreta a perpetuação cíclica do problema, impossibilitando a formulação de estratégias efetivas para a contenção dessa problemática.

[...] A minha 'indiquinação' é com o Poder Público. [...] Não dá ligança; não temos o apoio da rede; tomamos curso, faz isso, faz aquilo, mas na hora de agir, parece que ninguém se importa. (G1 ACS 3)

A fala do participante reforça, portanto, a necessidade do investimento na formação e na qualificação da notificação e dos fluxos, pois estas são ações sinérgicas para o fortalecimento da rede de serviços. A ficha de notificação representa uma prática social de repúdio à invisibilidade e banalização da violência. Assim, a notificação traz a possibilidade de melhor conhecer o fenômeno da violência e as respostas institucionais adequadas (LIMA; DESLANDES, 2015).

Além das questões do medo e da insegurança, a dificuldade de notificar casos de violência ou suspeitos é também marcada pelo despreparo e o desconhecimento dos procedimentos de denúncia e a notificação propriamente dita dos formulários (ficha de notificação compulsória),

[...] falta capacitação continuada sobre o preenchimento correto da ficha de notificação. (G2 TEC ENF 2)

O despreparo do profissional para o preenchimento da ficha de notificação fragiliza o processo pela equipe, que deveria desempenhar papel crucial na identificação e encaminhamentos dos casos de suspeita de violência.

O relato abaixo demonstra a necessidade de investimento em capacitação profissional para que os profissionais estejam preparados tecnicamente para a identificação de casos de violências e posterior notificação. Conceição e colaboradores (2012) em seu estudo, salientam que a ausência de direcionamento de como se realizar a notificação, por esses dispositivos legais, pode contribuir para a omissão e, conseqüentemente, para a subnumeração dos dados.

[...] já fui perseguida, meu filho já sofreu tocaia, por causa das situações que acompanhei... eu sou obrigada a fazer relatório, contudo não tenho a segurança de que posso falar o que realmente acontece no território. (G2 FISIO)

Vale ressaltar que apesar da notificação de violências interpessoal e autoprovocada ter sido implementada em 2006 e, em 2011 ser compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2009), nota-se ainda que a subnotificação pode estar relacionada com o

desconhecimento da sua importância para indicadores de uma cultura de paz. O conhecimento de fluxos para a notificação é verificado por parte dos profissionais, contudo, não realizam como rotina nas situações de violências, conforme relato abaixo:

[...] até conhecemos o fluxo de certo modo mas não fazemos como rotina de trabalho as notificações. (G2 TEC ENF 2)

A fala expressa o conhecimento parcial dos fluxos e a dificuldade de acesso aos dados. Ainda em estudos de Conceição e colaboradores (2012), os profissionais demonstram conhecimento acerca do fluxo da ficha de notificação da violência, bem como de sua finalidade, contudo as violências como agravos à saúde, sobretudo quando não deixam marcas visíveis favorecem a subnotificação dos casos.

Notificar casos de violência é de extrema importância, pois se trata de instrumento de combate à violência, uma vez que possibilita o embasamento de ações de intervenção em vários níveis. Ao tornar público um fenômeno que acontece no privado, torna-se possível perceber que são mais comuns do que se imagina, mas nem por isso devem ser banalizados ou normalizados (BAZON, 2007).

[...] a notificação ela visa dar uma resposta para uma situação coletiva, por exemplo, eu vou gerar políticas públicas, [...] se você quer realmente modificar a vida dessa pessoa, você tem que fazer os encaminhamentos, [...] e aí às vezes os profissionais não se sentem seguros a encaminhar. (G2 PSICO 1)

Essa insegurança parece demonstrar oscilação entre a crença e a descrença da resolubilidade dos casos.

No contexto da atenção básica, os estudos de Garrido e Noronha (2005), revelaram algumas dificuldades de caráter técnico e simbólico, a exemplo da percepção da violência doméstica como um fato de domínio privado. As autoras, ao discutir a necessidade da incorporação da perspectiva de gênero nas ações das vítimas de violência doméstica por parte das equipes da ESF, constatou-se que poucas têm sido as estratégias de intervenção nas situações de violências.

[...] notificação e encaminhamento são coisas distintas. A notificação é processo de trabalho, não implica ou não deveria implicar exposição de nenhuma pessoa que notifica. [...] Então, uma sugestão que faço, é conversar com os agentes comunitários, ou com a rede de proteção, Atenção Primária, e mostrar como é que é feita a notificação,

apresentar o fluxo [...]. Então acho que se aproximar os profissionais da atenção básica na ESF. (G3 PSICO/CRAS 2)

O participante do GF3 sugere a aproximação do tema da notificação para a apropriação do conhecimento da ficha de notificação no preenchimento e a sua importância como ferramenta de combate às violências. Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção (SALIBA et al., 2007).

Outra dificuldade atribuída a não notificação foi a sobrecarga de trabalho e o tempo para o preenchimento da ficha que se apresenta com muitos itens e a ausência da orientação para o preenchimento como sinaliza a fala:

[...] Não temos orientação para o preenchimento da ficha, e também há sobrecarga de trabalho. (G2 TEC ENF 2)

Como já referido pelos participantes de todos os grupos, a falta de capacitação dos profissionais de saúde em geral sobre o que significa e qual a importância da notificação poderá estar relacionada com a confusão entre os termos “notificar” e “denunciar”, sendo que notificar deve ser entendido como a garantia de que a vítima e sua família terão apoio de instituições e profissionais competentes (DESLANDES, 1999).

[...] vamos notificar e vai resolver em que? Fazemos a escuta, acalmamos os ânimos, mas levar a frente é mais difícil, pois às vezes, as próprias vítimas não dão a liberdade de levar a frente. Aí vou fazer o que? Eu sou sozinha! Não darei conta de tudo... (G2 TEC ENF 2)

No relato acima nota-se peculiaridades por fatores de ordem pessoal dos profissionais e pelas próprias estruturas dos serviços, na maioria insuficientes (VIEIRA; HASSE, 2017; TRENTIN et al., 2019) com falta de infraestrutura e sobrecarga de trabalho potencializada pelo desconhecimento da importância da notificação e a percepção de desvantagens na notificação, como falta de mudança o que configura entraves para a realização.

O relato evidenciou que a falta de uma estrutura adequada e o quantitativo reduzido de profissionais pode dificultar o desenvolvimento do trabalho da rede de atenção no enfrentamento da violência. A literatura atesta ainda a falta de infraestrutura dos serviços que lidam com as violências e apontam questões como a sobrecarga de trabalho em virtude da grande demanda em relação a redução de profissionais, a falta de recursos orçamentários, a precariedade das relações de trabalho, a inadequação das instalações físicas como fatores que

limitam a assistência, corroborando com o estudo (VIEIRA; HASSE, 2017; TRENTIN et al., 2019).

Na realidade brasileira, estudos apontam que profissionais de enfermagem vivenciam constantemente a precarização do trabalho, por terem, entre outros fatores, uma trajetória marcada pela jornada de trabalho exaustiva devido à dupla jornada de empregos, à quantidade insuficiente de pessoal, além da convivência com situações estressantes que influenciam na saúde mental. Com isso, esse quadro pode contribuir para a realização de uma assistência ineficaz (SILVA et al., 2009).

Tem-se notado que nem sempre a família aceita uma interferência na dinâmica familiar, que é fundamental na assistência aos casos de violências (DISTRITO FEDERAL, 2008). Outro fator atribuído à ausência da realização das notificações refere-se ao medo de sofrer retaliação:

[...] observo que a notificação não é feita de rotina para as violências, eu atribuo ao medo de sofrer retaliação. (G2 FISIO)

O receio de intervir devido às represálias e falta de sigilo profissional é uma dificuldade para o enfrentamento às violências, o que reflete na sua invisibilidade e, conseqüentemente, subnotificação.

Essa fala é reforçada pelo despreparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao serviço. Se deve possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder frente a esses casos. Além disso, existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional (SALIBA et al., 2007).

[...] pode acontecer do agressor desconfiar da equipe que notificou, se ocorrer intervenção. (G2 FISIO)

A fala acima revela a insegurança em notificar os casos por ainda não separar os procedimentos para a notificação e denúncia. Estudos de Conceição e outros (2012) mostram que os profissionais demonstram entender a importância da notificação compulsória da violência enquanto instrumento estratégico para desvelar a magnitude do fenômeno, necessária para a implementação de ações políticas de prevenção e enfrentamento. No entanto, para os sujeitos, algumas situações dificultam tal processo: não reconhecimento da violência por parte do profissional de saúde e receio de represália do autor da agressão.

Apesar de certas violências não representarem riscos à exposição dos profissionais ainda assim, não incorporaram a notificação como uma estratégia para a visibilidade e o conhecimento da magnitude do problema, o que fragiliza estratégias e ações de promoção e prevenção (BATISTA; QUIRINO; SILVA, 2020).

A fala seguir expressa essa ausência da incorporação da notificação no processo de trabalho:

[...] existem notificações de certas violências, que não geram risco para o profissional, mesmo assim ele não notifica; exemplo: notificação de violência autoprovocada, observo que ainda assim a Atenção Básica não a notifica. (G2 PSICO 1)

Para além destes fatores mencionados que dificultam a notificação, o participante, a seguir, faz um paralelo entre o tempo de escuta e preenchimento da ficha - um formulário com muitos campos que dificulta o acolhimento no momento da realização da notificação.

[...] Acolher é receber a vítima para a escuta, contudo nesse momento lançamos mão de um formulário com muitos itens na ficha de notificação; a da saúde é frente e verso, que vai mais de 45 itens, e cada item com subitem: onde foi? Como foi? quem agrediu? Foi o que? física, sexual, foi psicológica? Tem quem envolvido? Então, são perguntas que fazem a vítima lembrar do evento o tempo todo; então, acho que é uma grande barreira, como resolvemos isso? (G3 ENF/VIEP 1)

A literatura reforça a notificação como valioso mecanismo de combate à violência, pois, por meio dela, é possível conhecer e trazer benefícios para cada caso em particular; ao mesmo tempo, serve como instrumento de controle epidemiológico da violência (CONCEIÇÃO et al., 2012; LIMA; DESLANDES, 2015).

O profissional de saúde tem o dever legal de notificar os casos confirmados ou suspeitos de violências. Ao realizá-la, contribuirá para o perfil epidemiológico das violências na realidade do cotidiano (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). Por outro lado, a inobservância de tal obrigação constitui infração, podendo os profissionais de saúde – médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, entre outros – sofrerem sanções penais.

[...] Normalmente quem notifica é o enfermeiro; sobra para quem? O enfermeiro da equipe. (G2 TEC ENF 2)

A fala ainda está centrada na atribuição de notificação compulsória pelo profissional enfermeiro como notificador da equipe. Vale ressaltar que todos os profissionais de saúde da

equipe são responsáveis pela notificação, não havendo definição do notificador, visto que a não realização implicará em omissão e conseqüentemente a subnotificação (CONCEIÇÃO et al., 2012).

c) Impactos da pandemia da Covid-19 e descontinuidade de ações

Sobre a categoria “**Impactos da pandemia da Covid-19 e descontinuidade de ações**”, e a subcategoria “Reorganização do processo de trabalho na ESF”, em janeiro de 2020, a OMS declarou o surgimento de uma nova doença provocada por um vírus do tipo coronavírus – a Covid-19. Sendo considerada uma emergência de saúde pública de interesse internacional, com alto risco de disseminação ao redor do mundo. Em março de 2020, foi caracterizada como uma pandemia. Nesse contexto, a pandemia passa a imprimir à humanidade novas normas de viver e trabalhar, interpretadas como obstáculo e/ou oportunidade para o enfrentamento das conseqüências. São exigidas adaptações às novas realidades e rotinas que favorecem sentimentos de angústia, medo, insegurança, especialmente entre populações mais vulneráveis e fragilizadas (LANCET, 2020; FARIA; PATIÑO, 2022).

De uma forma geral, em relação ao caso brasileiro, pode-se afirmar que durante a pandemia houve um aumento da violência letal contra esses grupos vulneráveis. Em 2021, foram 41,1 mil mortes violentas registradas pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Importante notar que em 2020, em plena pandemia, houve uma alta de mais de 4% de mortes violentas (50.033 mil casos) em relação aos anos anteriores. Entre as vítimas, 76,2% de pessoas negras, 54,3% de jovens e 91,3% do sexo masculino. A violência contra a mulher neste período aumentou também, especialmente entre mulheres negras (61,8%) (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021; RAMOS, 2022).

Além dos pontos salientados acima é necessário destacar a importância das disparidades regionais na reprodução das desigualdades, injustiças e violências. Nos últimos anos, as regiões Norte e Nordeste do país apresentaram aumento da pobreza, das taxas de homicídios e mortes violentas entre as populações negras, indígenas e LGBTQIA+. A Bahia registra um caso de violência contra a mulher a cada dois dias. Foram 200 registros no ano de 2021 (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021; RAMOS, 2022).

Os dados mencionados não divergem do município no que se refere às notificações de elevados casos de violências contra a mulher. A maior quantidade de notificações refere-se à violência contra as mulheres. Dados do SINAN, no período de 2017 a 2022, indicam que foram

notificados 1.065 casos, sendo, 891 de violências contra às mulheres, representando 83,66% das notificações por esse agravo no sexo feminino, conforme demonstrado na Tabela 5.

A partir de 2020 com o evento da pandemia causada pelo Coronavírus houve uma queda significativa das notificações, contudo a tendência das violências sofridas pelas mulheres aparece elevada. Nesse período foram notificados 188 casos, sendo 153 notificações do sexo feminino e 35 para os do sexo masculino; em 2021 foram notificados 151 casos com expressivo aumento de violências contra as mulheres, 142 casos representando 94,03% e apenas 09 casos notificados para o sexo masculino; os dados analisados no período de janeiro a Setembro de 2022 já indicam a elevada taxa de violências contra esse grupo; 95 casos notificados para as mulheres e 19 para os homens o que representa 83,33% (SESAB, 2022).

Referente a raça, do total geral notificados no mesmo período analisado, 578 (54,27%) em pardos, 214 (20,93%) em brancos e 183 (17,18%) em pretos. Alusivo aos tipos foram realizadas 1.658 notificações de acordo com a tipologia. deste total 629 foram violência física, 575 violência psicológica/moral e 210 violência sexual, 82 violência por tortura, 92 violência econômica/financeira, 38 negligencia/abandono, 21 outras violências, 6 trabalho infantil (SESAB, 2022).

De acordo com o relatório do Centro Integrado de Comunicações (CICOM) da Polícia Militar do município de 2021, no ano de 2020 houve aumento de violência contra a mulher, representando 85% das ocorrências atendidas; fato que pode estar associado ao isolamento social, uma vez que as pessoas não procuravam os serviços nas Unidades da Saúde da Família.

Por outro lado, nos serviços de saúde a descontinuidade de ações durante a pandemia afetou a reorganização do processo de trabalho nas ESF. Neste período, ocorreram dificuldades em acessar o serviço, devido, entre outros fatores, ao fato do cuidado estar direcionado especialmente aos usuários suspeitos/confirmados de COVID-19.

Segundo Faria e Patiño (2022, p. 12):

A pandemia da Covid-19 produziu enormes desafios, revelou as vulnerabilidades e desigualdades sociais existentes em várias regiões do país, além de evidenciar as fragilidades dos serviços de saúde e a descontinuidade do cuidado às populações mais vulneráveis, principalmente idosas. No contexto dos determinantes sociais da saúde, o foco na eficiência dos sistemas de saúde é fundamental para a proteção das sociedades diante de antigas e novas ameaças à saúde.

Ainda segundo os autores,

Considerando que a eficiência das medidas e estratégias de prevenção e controle da doença depende de processos voltados para a compreensão do quadro da pandemia, essa percepção é fundamental para orientar as ações das equipes da Saúde na Família, melhorar a comunicação e o diálogo entre os

profissionais e os usuários, construindo vínculos de confiança e compromisso.
(p. 13)

Essa descontinuidade de ações foi relatada em algumas falas dos participantes:

[...] Então, lá na UBS do Santiago, [...] tinha um grupo das mulheres. Aí a médica da minha equipe que coordenava o grupo, e com a pandemia dispersou; mas no próximo ano ela planeja voltar com esse grupo, porque abrange os temas das violências. (G2 ENF 1)

A narrativa do enfermeiro evidencia a descontinuidade de ações da equipe atrelada à pandemia com a suspensão de atividades de educação em saúde, principalmente de formação dos grupos presenciais.

Constata-se ainda que em virtude das modalidades de contratação dos trabalhadores, têm-se uma rotatividade de pessoal que acaba por interferir na sensibilização e envolvimento com a temática em questão, o que vem a fragilizar, a continuidade das ações e a coordenação do cuidado no processo de trabalho aliados à pandemia da Covid-19, como explicado nesta fala:

[...] Nós tínhamos o hábito da escuta ativa nos casos de violência, e tínhamos um grupo de discussão, [...] mas com a alta rotatividade de profissionais, saída de vários profissionais do NASF, como a assistente social, a psicóloga, e ainda o cenário da pandemia, fragilizaram a continuidade das ações. (G2 ENF 2)

Desde o início da pandemia causada pela Covid-19 foi intensificada ainda mais a atuação da equipe nos atendimentos de caráter pontual e emergencial, sendo necessária a reorganização dos serviços para as demandas das ações programáticas como o acompanhamento das doenças crônicas.

Estudos de Branco e colaboradores (2020), demonstraram que os profissionais, não raro, adotam uma atitude de omissão frente aos casos de violências. A atuação em equipe em relação às situações de violências assume, neste sentido, caráter pontual e emergencial. A fala traduz os modos de enfrentar o cotidiano no processo de trabalho:

[...] mas como não paramos de trabalhar na pandemia, [...] observamos outras demandas, muitas delas somente de urgência, as pessoas não comparecem à Unidade de saúde por coisa rotineira, quanto mais falar de violências?! (G2 DENT)

Considerando os impactos causados pela pandemia da Covid-19 em diversos serviços de saúde para lidar com essa emergência, o sistema de saúde teve que se reorganizar. Apesar

do pouco envolvimento da APS num primeiro momento e, em função da escassez de investimento aplicado ao setor, a APS desempenhou papel fundamental no combate da transmissão da Covid-19, pelo contato direto com a comunidade, permitindo assim, a identificação, organização e isolamento dos infectados (SOARES et al., 2022).

Nesse cenário vale ressaltar o trabalho dos agentes comunitários de saúde pela vivência do seu cotidiano no contexto da comunidade para identificação e condução de situações de vulnerabilidade, garantindo o acesso a cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais graves. Não obstante, as visitas domiciliares realizadas por esses profissionais que facilitam a busca ativa de casos sintomáticos de Covid-19 na APS foram suspensas com mudanças no processo de trabalho dos agentes comunitários, que prejudicou as atividades de educação em saúde, sobretudo as ações de prevenção e promoção da cultura de paz no território, sendo registradas 07 atividades nas UBS estudadas no período de 2020 a 2022 (SISAB/E-SUS, 2022). De acordo com o e-SUS/PEC/AB, em 2020 foram realizadas 10 ações do Programa de Saúde na Escola (PSE), com a temática prevenção da violência e promoção da cultura de paz (PORTO SEGURO, 2020b).

Durante a pandemia observou-se também um decréscimo na procura dos serviços da rede de apoio, em especial do setor saúde, provavelmente em função do medo do contágio (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020). Para minimizar essas dificuldades, foram adotadas estratégias de monitoramento e orientações de forma remota, conforme a fala do participante:

[...] Eles estão com muito medo também de chegar numa unidade estou percebendo isso durante a pandemia de ir até a unidade com medo de se contaminar, porque tem muito caso. aí estamos fazendo isso mesmo, conversando pelo celular. (G1 ACS 4)

A percepção do agente comunitário acerca dos usuários direciona para um trabalho remoto sem perder o contato com os seus usuários pois todas essas ações, mesmo que se manifestem como mínimas, somadas e compartilhadas, contribuem de forma significativa para a minimização dos efeitos causados pela pandemia de coronavírus (SOARES et al., 2022).

Daumas e colaboradores (2020) discutiram como o agente comunitário de saúde dentro da APS poderia atuar para diminuir a disseminação do vírus. Entre as possibilidades, destaca-se o acompanhamento de casos leves em isolamento domiciliar, suporte e reforço junto às comunidades durante o distanciamento de forma remota como citado pelo participante.

[...] Eu acho que a pandemia dificultou um pouco nosso vínculo com a comunidade, porque antes entrávamos na casa para realizar a visita, tomava café, comia bolo, e conversava sobre os problemas com mais atenção. Com a pandemia o próprio morador se retraiu. (G1 ACS 2)

Soma-se ainda a fragilização dos vínculos e da escuta nas visitas domiciliares durante a pandemia e, também, o sentimento de discriminação por parte dos usuários aos profissionais por estarem na linha de frente e a indicação de estratégias remotas que possam minimizar os perigos de contágio:

[...] os profissionais de saúde são discriminados por estarem em contato na linha de frente das pessoas com a covid; então, com a pandemia tem dificultado o vínculo, a escuta e as visitas domiciliares. Procuramos outras estratégias utilizando o celular. (G1 ACS 2)

Cabe destacar que o teleatendimento despontou como um instrumento benéfico para o monitoramento da evolução e adequado direcionamento de pacientes com Covid-19 (SOARES et al., 2022). Sendo uma estratégia adotada para o monitoramento dos casos e as orientações de prevenção para evitar a disseminação.

Estudo de Lewandowski e outros (2021) aponta que medidas emergenciais têm sido propostas com foco no enfrentamento das situações de violência doméstica durante a pandemia do novo coronavírus. Dentre elas, destacam-se aquelas aplicáveis aos casos contra crianças e adolescentes, tais como: (1) a garantia de atendimento 24 horas pelos canais de notificação, como o Disque 100; (2) manutenção do trabalho dos Conselhos Tutelares, seja por plantão presencial ou via telefone, WhatsApp e aplicativos de celulares; (3) incremento de campanhas de alerta acerca das situações de violência contra crianças e adolescentes, principalmente aquelas voltadas a vizinhos, parentes e amigos, que podem ter algum contato com prováveis vítimas e notificar os casos; (4) aumento do investimento em organizações civis que prestam auxílio às vítimas; (5) criação de sistemas de alerta em farmácias e mercados; (6) declaração de casas de acolhimento às vítimas como serviço essencial.

Arelada a descontinuidade de ações, soma-se às diversas modalidades de contratação dos trabalhadores, observando-se grande rotatividade que acaba por interferir na sensibilização e envolvimento com a temática em questão, o que vem a fragilizar, a continuidade das ações e a coordenação do cuidado no processo de trabalho, aliado ainda a pandemia da Covid-19, como explicado nesta fala que:

[...] Sabemos que nos últimos dois anos essa pandemia atrapalhou demais, que era o momento de fortalecer as estratégias de prevenção, agravada pela saída de vários profissionais já sensibilizados na temática das violências. (G1 PSICO 1)

As falas expressam o impacto da pandemia sobre as estratégias de enfrentamento com descontinuidade mesmo que incipientes, contudo, identificam sentimentos de medo, frustração e as restrições impostas pela pandemia.

O impacto da pandemia nos territórios observados pelos ACS possibilitou a identificação de instabilidade psicológica com maior frequência e o temor de se contaminar principalmente no início da pandemia, pela percepção das consequências da Covid em função das restrições impostas pela pandemia. A fala explícita essa observação no território pela participante:

[...] Eu acho que a psicológica aumentou bastante, as pessoas estavam com muito medo de se contaminar no início da pandemia, agora não acho tanto, mas continua as consequências dela como a falta de emprego e as restrições em algumas coisas. Daí o psicológico ficou abalado. (G1 ACS 3)

[...] A família tem enfrentado muitas frustrações. A pandemia trouxe muitas frustrações; por falta de trabalho, por não poder ter um lazer, por não poder estar na rua. Então, as brigas intensificaram em casa, está acontecendo por falta desse sair [...] o isolamento social leva ao estresse. (G1 ACS 1)

A fala revela sentimentos vivenciados pelas famílias e reflete o aumento de conflitos atribuídos ao isolamento, passando mais tempo no convívio familiar sem estrutura para uma garantia das necessidades fundamentais dos membros. Assim, o ambiente doméstico onde seria um local de acolhimento pode se transformar em local hostil e inseguro devido a permanência por mais tempo em casa, restrições de liberdade, com o convívio mais próximo. Essas situações podem ser um indicativo para um aumento para o surgimento de violências domésticas (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020).

O aumento de práticas parentais punitivas severas, como agressões físicas e verbais se manifestam com mais frequência. Essas evidências apontam que crises e desastres podem aumentar os casos de violência contra crianças e adolescentes, mulheres, idosos, entre outros grupos, em função do estresse adicional conferido pelo evento, como sensação de incerteza, mortes e prejuízos financeiros (LEVANDOWSKI et al., 2021).

Importante citar o Relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) “Policy Brief: The Impact of Covid-19 on older persons”, que mostra que pessoas mais velhas enfrentam vulnerabilidades adicionais em momentos de pandemia com relatos de maus tratos, além dos impactos de quadros associados a distúrbios psicológicos. Pessoas idosas que estão em quarentena com familiares ou cuidadores correm maiores riscos de violência doméstica, abuso

e negligência, chama a atenção o relatório.

O necessário distanciamento social para a mitigação do impacto do novo coronavírus afeta a renda e as condições de trabalho da população, com prejuízos ainda mais acentuados sobre as populações mais vulneráveis (LEVANDOWSKI et al., 2021). Os achados nas falas, refletem redução da identificação das violências, reforçando sua invisibilidade e consequentemente a descontinuidade de ações de acolhimento às pessoas em situação de violência causada pela pandemia.

Apesar dos sentimentos de medo de contrair a Covid-19, os relatos dos profissionais (ACS) apresentam outros sentimentos que afetam as questões do acesso a bens de consumo essenciais e as incertezas em relação à contaminação e a gravidade desencadeando estresse e angústia.

[...] Infelizmente a pandemia não traz só o medo da doença, estamos com gasolina alta, estamos com falta de alimento, o vizinho do lado que contrai covid, ficamos morrendo de medo dentro da nossa casa; quando um vizinho está doente com a covid, ficamos mais estressado causado pelo medo, a frustração o sentimento de incerteza, as perdas de parentes, amigos pela covid, também são fatores que nos deixa mais com ansiedade. (G1 ACS 1)

Vale destacar que o cenário de pandemia da covid-19 também gerou impactos significativos na educação, que inclusive afetam o convívio social entre crianças e adolescentes. Com as escolas fechadas e as novas demandas pelo ensino remoto, os estudantes do país viram as desigualdades educacionais se acentuarem ainda mais. Nas comunidades vulneráveis essa situação é ainda mais agravada devido à baixa escolaridade de pais e responsáveis, à necessidade de trabalhar para gerar renda e também ao baixo investimento do Estado em políticas públicas que combatam desigualdades (INSTITUTO UNIBANCO, 2022).

Existem estreitas relações entre a violência e as estruturas social, econômica e política de um país, aprofundando-se com as exclusões e desproteções sociais. Inclui-se nesse contexto a atenção e a promoção à saúde em áreas vulneráveis à violência, comumente caracterizadas por uma infraestrutura precária, com privação de condições materiais de vida e profundas desigualdades sociais. Além das questões sociais, as pessoas que residem em áreas consideradas de risco vivenciam situações de exclusão, a exemplo do desemprego, da falta de saneamento básico e da escassez de lazer e segurança (MINAYO, 2011).

[...] acho que as crianças, adolescentes que passam o tempo todo em casa sobrecarrega principalmente as mães. Elas ficaram estressadas e agressivas, por falta de atividades que aumentou bastante nessa

pandemia, depois que o colégio fechou. [...] Então, o que eu vejo muita agressividade depois da pandemia perdendo respeito e vínculo afetivo do adolescente com a mãe por falta de aula. A paz acabou dentro de casa. (G1 ACS 6)

Os relatos demonstram que o regime de distanciamento social e a suspensão de aulas intensificaram as situações de conflitos familiares. Com o avanço da pandemia do novo coronavírus, a necessidade do distanciamento social e do fechamento das escolas e de outros serviços, a atenção e o cuidado voltados para crianças e adolescentes tendem a diminuir. A queda da identificação e notificação dos casos existentes são acentuadas, configurando um desafio ainda maior por conta da Covid-19.

[...] por experiência própria, eu tenho adolescente que logo no início as aulas tinham parado e ficou aquelas reuniões para decidir se retornava ou não com as aulas; eu falava: meu Deus, tomara que comece logo essas aulas! Porque eu não aguento mais adolescente dentro de casa sem atividade. (G1 ACS 2)

O desabafo demonstrado na fala, revela quão difícil a manutenção dos adolescentes sem atividade escolar, sem um plano de estudo impactados pela dificuldade de acesso às aulas e atividades remotas. Segundo o estudo do Instituto Unibanco (2022), a falta de acesso à internet, a ausência de um equipamento adequado (como celular, tablet ou computador) e até mesmo da alimentação básica, que era proporcionada pela escola, afastou e desestimulou estudantes de regiões com renda per capita menor e com incidência de pobreza.

[...] A classe social que a pessoa está trabalhando em casa não tem tantos problemas, é estressante mas acaba não ficando tão cansado fisicamente, dá pra brincar, tomar café, para almoçar. Mas as classes sociais, a classe social menos favorecida, realmente, o estresse aumenta, e aí é exatamente isso que acontece, que pode aumentar as agressões isso é verdade! (G1 PSICO 1)

Os problemas listados aqui, bem como muitas outras desigualdades que assolam o país, não são novidades trazidas pela pandemia da COVID-19. De forma tensa, vivencia-se a exacerbação de problemas, reforçados por modelos de pensamentos retrógrados, misóginos e de ataque ao papel fundamental do Estado em políticas de saúde e educação. A desconstrução de políticas públicas de educação, saúde e sociais, segundo Vieira, Garcia e Maciel (2020), fundamentais para o enfrentamento do contexto de crise causado pela pandemia e, também, no pós-pandemia, irá aumentar as desigualdades e iniquidades no país. Nota-se que nas comunidades vulneráveis do município estudado essa situação é ainda mais agravada em função

da baixa escolaridade e, também, pela necessidade da população adulta em se manter no mercado de trabalho, além da ausência de políticas públicas que combatam as desigualdades sociais no território.

d) Cartilha de abordagem para o enfrentamento dos diferentes tipos de violência

Sobre a categoria “**Cartilha de abordagem para o enfrentamento dos diferentes tipos de violência**” e a subcategoria “Institucionalização e validação do guia para o acolhimento das vítimas pela gestão”. O desenvolvimento da cartilha de abordagem no acolhimento aos diferentes tipos de violências, foi contemplada por meio da realização de rodas de conversa com a colaboração dos profissionais da ESF, dos profissionais da rede intersetorial e de docentes e discentes da UFSB durante o PET gradua SUS entre 2017 e 2018. A elaboração da cartilha educativa deu cientificidade ao que foi discutido nas rodas para auxiliar no enfrentamento às violências no território mediante o uso de tecnologias educativa e social.

As tecnologias educativa e social são entendidas como saberes sistemáticos e podem ser apresentadas sob a forma de impressos, como manuais e cartilhas. São metodologias desenvolvidas na interação com a comunidade (saberes populares) e que representam soluções de transformação social (SOUZA; RIBEIRO, 2017). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) defende essas tecnologias como estratégias eficientes no processo produtivo e na capacitação de recursos humanos, com aumento de produtividade nos serviços de saúde (NESPOLI, 2013).

Na área da saúde, as tecnologias são classificadas em leves, leve-duras e duras. Segundo Merhy (2002), entende-se por tecnologias leves, leve-duras e duras, respectivamente, as relações e os vínculos produzidos, os saberes estruturados e os equipamentos. Dentre as tecnologias acima citadas, as tecnologias educativa e social, classificadas como tecnologia leve-duras, são utilizadas para mediação e construção de saberes, seja nas dimensões éticas, relacionais ou técnicas, com objetivo de modificar realidades ou solucionar problemas.

A cartilha tem como objetivo a instrumentalização dos profissionais da ESF para uma abordagem de acolhimento dos casos de violências e encaminhamentos adequados e resolutivos. Configura-se como documento norteador na conformação dos fluxos nos casos de violências, no cuidado à saúde nos serviços e, também, na garantia de direitos às vítimas. Destaca as competências de cada equipamento da rede, a importância do cuidado, as singularidades dos sujeitos e os princípios do acolhimento, da universalidade, da integralidade e equidade dos SUS.

Leva em consideração a complexidade do fenômeno das violências, as estruturas físicas inadequadas, ausência de equipamentos de rede de proteção e protocolos validados, que dificultam práticas humanizadas. A fala a seguir reforça quão os serviços estão distantes de implementarem as diretrizes e as estratégias para prestarem uma assistência ética e legal:

[...] As condições são muito precárias, falta estrutura física, muita rotatividade de profissionais nos serviços, faltam protocolos implementados, a DEAM não funciona 24h e fins de semana, entre outras deficiências. (G2 FISIO)

Os serviços que trabalham com o fenômeno da violência precisam ser dotados de uma adequada estrutura organizacional, dispondo de recursos físicos, materiais, econômicos e humanos suficientes para que possam desenvolver um trabalho efetivo. Nesta categoria, os participantes referiram não dispor desta estrutura, ressaltando deficiência de recursos materiais, humanos e financeiros e protocolos assistenciais para a orientação no manejo das violências.

Cabe ressaltar que o fato da Delegacia Especial da Mulher (DEAM), permanecer fechada nos finais de semana e feriado e não funcionar durante à noite (período de extrema vulnerabilidade para as mulheres) pode restringir e limitar a garantia de seus direitos, além de impossibilitar o trabalho em rede.

Para além das questões apontadas como fragilidades, existem aquelas que insurgem dos silenciamentos (MOREIRA et al., 2014), como a ausência de articulação da rede. Em função disso e também pelo fato de apenas 200 cartilhas terem sido distribuídas na Rede, muitos profissionais silenciam sobre os protocolos instituídos por meio da Cartilha de abordagem no enfrentamento aos diferentes tipos de violências, que foi distribuída em algumas UBS na rede de saúde do município em 2018 com versão atualizada em 2019 com fluxos pactuados em uma construção coletiva, com eixos norteadores para o acolhimento às vítimas de violências no território. Quando investigada de forma direta sobre a utilização da cartilha e o conhecimento dos fluxos para o atendimento às vítimas de violências, o participante a seguir expõe a ausência de capacitações ofertadas por parte da gestão para sua implementação e monitoramento.

[...] A cartilha será de grande valia para nos instrumentalizar em relação ao enfrentamento dos diferentes tipos de violências, [...] para acolher e encaminhar de forma adequada... contudo necessita da sua validação e a implementação por parte da gestão. (G2 ENF 1)

A justificativa evidenciada na fala foi representada pela falta de institucionalização por parte da gestão. O participante a seguir verbaliza não existir a prática da utilização do protocolo,

embora reconheça que os fluxos estão descritos na cartilha, além disso, justifica a ausência da sua implementação pela rotatividade dos profissionais na ESF e da rede intersetorial, que acentuou com a pandemia da Covid-19.

[...] o uso da cartilha estaria mais avançado se houvesse a continuidade desse trabalho desde 2018 com toda a rede intra e intersetorial, só que em seguida veio a pandemia. (G2 DENT)

[...] A cartilha foi uma boa ferramenta eu considero, usamos muito no começo da sua distribuição, lá no Distrito Centro; Nem sei onde está mais! Mas no começo fazíamos muito uso, porém com a alta rotatividade de profissionais na equipe fragilizou sua utilização. (G1 PSICO 1)

[...] Eu não sei nem se ainda tá na gaveta, sei que ela sumiu. (G1 ACS 10)

A fala do participante acima reflete a desvalorização da utilização da cartilha como instrumento facilitador para as abordagens e encaminhamentos adequados.

Segundo Branco e colaboradores (2020), as ações devem seguir a lógica da integralidade do cuidado, com atenção para as vulnerabilidades sociais, econômicas, ambientais e afetivas, além do reconhecimento da importância de instrumentos facilitadores para as abordagens. Para tal, é demandado aos profissionais de saúde mudanças nas práticas para cuidar dos usuários em sofrimento, além do conhecimento dos documentos protocolares e dos fluxos. Contudo, ainda segundo os autores, mesmo nas instituições que portam documentos protocolares e fluxos, estes não são acessados pelos trabalhadores. Muitos profissionais desconhecem os fluxos e atribuem a falta de conhecimento e de interesse agravada pela rotatividade dos profissionais que integram as equipes. Neste contexto, o discurso recorrente é de que os dispositivos instrutivos e legais ficam restritos aos papéis (BRANCO et al., 2020).

É importante ressaltar que “a integralidade constitui um elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade e a equidade no atendimento às pessoas para alcançar ações resolutivas em saúde” (VIEGAS; PENNA, 2015, p. 1097).

Em contraposição a afirmativa os agentes comunitários reconhecem sua importância para o fortalecimento nas abordagens às pessoas em situação de violências e sugerem a retomada da cartilha

[...] Voltando à fala sobre a utilização da cartilha de abordagem dos diferentes tipos de violências, acho importante retomar a cartilha, tirar

da gaveta, ou seja do papel... a partir dessa aproximação discutida nessa roda aqui. (G1 ACS 1)

Neste sentido, para que a cartilha seja efetivada como um guia para o manejo do enfrentamento das violências, faz-se necessário o monitoramento efetivo por parte da gestão, o que possibilitará o preparo dos profissionais para lidar com o tema no cotidiano do trabalho, a fim de que o cuidado possa abranger o acolhimento à singularidade e ao sofrimento emocional das pessoas no seu contexto de vida. Além disso, os profissionais devem estar capacitados para a identificação das violências, das instituições que integram às redes e a realização da notificação e encaminhamento para as redes de proteção e apoio, de modo a garantir às pessoas vítimas de violências seus direitos e um cuidado digno e mais resolutivo (SILVA et al., 2019).

Assim, os sentimentos despendidos nos atendimentos, que geram um constante estado de atenção e reações que expõem uma gama de sentimentos, como revolta, angústia, frustração, tristeza, medo e sensação de impotência, precisam ser internamente gerenciados, no transcorrer de seu atendimento. Contudo, os profissionais relacionam-se com os atores desse contexto, em questões desafiadoras que envolvem o gerenciamento de emoções, muitas vezes sem apoio, sentindo-se afetados em suas habilidades, o que dificulta a proteção à vítima de violência (SILVA et al., 2019).

Esta compreensão pode ser detectada na fala de desabafo:

[...] O sentimento que sinto é de impotência, por que a quem nós vamos procurar? [...] a gente vai buscar quem? qual o tipo de ajuda que vamos ter? (G2 TEC ENF 1)

Outras questões que mobilizam emoções são reportadas nas narrativas a seguir com foco no cuidado entre profissionais que lidam com as situações de violências e a necessidade de uma equipe multiprofissional nos atendimentos.

[...] atendemos o cidadão ali, só que temos que ter cuidado conosco, porque isso acaba lá na frente, potencializando alguma coisa nas emoções do profissional que atendeu... Então vejo a necessidade de uma equipe com psicólogos, assistentes sociais para auxiliar no enfrentamento das situações de violências. (G3 PM/CICOM)

[...] Então assim, tem a vítima lá, mas tem o funcionário, colaborador. Tem um ser humano que precisa ser acompanhado também, então são duas vertentes que precisamos trabalhar: a vítima e o nosso colaborador. (G3 PM/CICOM)

Segundo Batista, Quirino e Silva (2020), vale ressaltar que tal preparo não pode ser apenas técnico, é preciso direcionar o olhar para os trabalhadores que realizam os atendimentos, a fim de cuidar também do indivíduo que cuida. Lidar com casos de violências pode provocar uma carga emocional intensa, necessitando assim, oferecer espaços de autocuidado e fortalecimento pessoal para as equipes.

Os sentimentos que emergem no contato com situações de violências, remetem a uma diversidade de sentimentos pelos profissionais diante dos casos de violência. Assim, ao abrir espaço aos participantes foi possível perceber uma multiplicidade de sentimentos que circunda o processo de cuidado por parte dos profissionais diretamente ligados às vítimas de violência. Dentre eles, destaca-se a impotência em relação à resolutividade dos casos de violência, gerando frustração, angústia, tristeza, medo e raiva evidenciada nas falas que seguem.

[...] Então se não temos resolutividade para nós, como acreditar, que para a outra pessoa que nos procura na ESF? Trago esse sentimento porque eu estou na rede, e quantas vezes não consigo dar respostas. (G2 FISIO)

Além disso, esses profissionais estão expostos a sofrer represálias por parte do autor da violência que, muitas vezes, já tem um histórico de perpetração de violência (SOUZA; SANTOS, 2013).

O medo surge como sentimento recorrente entre os profissionais envolvidos no cuidado, pela exposição a situações de risco. O medo de sofrer represálias, o despreparo dos profissionais e a impotência na resolutividade dos casos. A fragilidade no conhecimento apropriado pelos profissionais pode gerar sensação de impotência e frustração, o que dificulta mais ainda as intervenções (RAMOS; SILVA, 2011). Assim, evidencia-se a necessidade de um olhar voltado aos profissionais que atuam nos casos de violência, considerando a carga emocional intensa a que estão submetidos (SILVA et al., 2019).

Há também o sentimento de impotência que acomete os profissionais que se relaciona, em grande parte, à falta de resolução dos casos, considerando que, após a identificação das violências, às vítimas geralmente retornam ao ambiente em que ela ocorre.

[...] às vezes estamos lá na Unidade de saúde, estamos ouvindo e quando chegamos em casa ficamos pensando com uma sensação de impotência “poxa, podia ter feito alguma coisa, podia ter falado alguma coisa”. (G2 ENF 1)

[...] a sensação que tenho com o poder público, percebo que temos diante dessas situações é de impotência, uma real impotência. (G3 AS/SUAS 3)

[...] fico um pouco frustrada, e compartilho esses sentimentos. Trabalho na prevenção, na ponta, [...] às vezes até questiono qual é a efetividade do suas e qual que é a mensagem que o SUS está passando para a comunidade, para a população, o descrédito com a política pública da assistência social, e não com o assistencialismo, então, é delicado, é avassalador (G3 PSICO/CRAS 3)

[...] o sentimento como conselheiro tutelar e como órgão, é de raiva, porque as políticas públicas elas são defasadas, eu sei que são situações que vem até o órgão que você olha para o ECA, você olha para a Constituição, é lindo, é romântico, mas na prática é uma tristeza muito grande. O sentimento, assim, é que as políticas públicas e do Estado mesmo, da Constituição, das leis, que são várias, o país que tem lei é o Brasil, é colocar em prática. (G3 AS/CT 2)

Além disso, os profissionais também referiram sentir sobrecarga emocional por lidarem diariamente com situações de violência.

[...] estava totalmente envolvido numa demanda que não era minha, tinha que ter minha visão profissional, não estou conseguindo ter. Então hoje quando chega uma mulher vítima de violência ou violência contra o idoso, [...] me dá raiva. Raiva, frustração, angústia, desespero, mas não é porque eu não vou conseguir resolver aquilo, mas é porque já me envolvi demais, estou sobrecarregado, e provavelmente deve está também o agente de saúde lá, na Atenção Primária, está muito envolvido. (G3 AS/DP 4)

A fala remete à sobrecarga emocional do profissional ao lidar com os casos de violência contra a mulher e idoso, demonstrando dificuldade de manejo no atendimento, preocupação em oferecer cuidado a vítima e segurança para retirar a vítima do ciclo de violência, o que provoca frustração na resolutividade na maioria dos casos, independentemente do tipo de violência.

Outro sentimento destacado é a revolta com determinadas situações de violências, pois consideram a violência contra a mulher algo inaceitável, principalmente quando perpetrada por parceiros íntimos. As violências estão presentes nas relações sociais entre homens e mulheres mediante a construção social dos papéis masculinos e femininos. São essas diferenças atribuídas aos gêneros que geram e perpetuam as violências contra as mulheres, revelada na fala a seguir:

[...] O meu sentimento é de revolta; fui vítima de violência doméstica, apanhei de um sujeito que me fez depois entrar no muay thai, hoje faço

muay thai, e se um vagabundo levantar a mão desculpe, é que eu fico revoltada. (G3 PED/CME 1)

Outro ponto identificado nas falas foi o medo em relação à exposição da vítima e de si mesmo. Nesse ponto, estudos de Silva e colaboradores (2019), entendem que os sentimentos de impotência, frustração, medo, desamparo e insegurança dos profissionais de saúde fazem parte de um contexto que, muitas vezes, vai além de suas possibilidades. Contudo, faz-se necessário que os profissionais mantenham o compromisso ético do cuidado que estabelece relações com a rede de proteção de cuidado com a vítima e a família e seu devido preparo para o enfrentamento.

[...] estou sentindo insegurança. Pior do que a insegurança é sentir medo. Insegurança e medo! (G2 DENT)

Em contrapartida, um dos participantes referiu “sentir pena” das vítimas de violências, pois considera que a vulnerabilidade dessas pessoas está relacionada também às questões econômica e social, o que dificulta ainda mais a eliminação do ciclo da violência; apesar da comoção, desponta o sentimento da empatia no atendimento para lidar com essas situações, com calma e ausência de julgamento (ZUCHI et al., 2017).

[...] Acho que tenho um sentimento de pena, vou ficar com dó, quando chegar essa pessoa em sofrimento “para a escuta... nossa, coitada, que situação!”, aí a empatia e outros sentimentos vão aparecendo. (G3 AS/CI 1)

Estudos de Zuchi e colaboradores (2017) destacam que algumas características do profissional que acolhe e escuta a mulher que vivencia situações de violências é a empatia, sensibilidade e calma. Na escuta qualificada, ouvem-se as queixas, os medos e as expectativas e identificam-se os riscos e a vulnerabilidade das pessoas. A escuta configura-se como um encontro em que o ato de escutar tende a produzir uma ação terapêutica e os saberes e afetos são usados para melhorar as condições de vida dos usuários (BRASIL, 2010).

No tocante à empatia, esta exige atenção, respeito e preocupação com o outro, para isso, é preciso estar presente na relação que se estabelece por meio do diálogo (SAVIETO; LEÃO, 2016; CAMILLO; MAIORINO, 2012). Soma-se a isso o conhecimento técnico da escuta, pois essa atividade não pode ser considerada uma simples conversa nem apenas uma coleta de informações sobre as necessidades de saúde do sujeito e de sua realidade, sem considerá-lo protagonista de seu sofrimento (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015).

A ausência de empatia por parte do profissional com a situação de violência vivida pela pessoa em situação de violência constitui outro limite para a escuta (ZUCHI et al., 2017). Diante desse ponto de vista, ser empático significa se colocar no lugar do outro. Dessa forma, o profissional poderá compreender o que a vítima está sentindo/vivendo e propor ações que possam modificar a dor/situação/problema. A empatia produz um cuidado sensível e acolhedor, que possibilita atender às necessidades de quem é cuidado com mais eficiência, pois tem sua base nas interações relacionais (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Embora nas falas dos participantes emergiram sentimentos negativos, foi possível observar que outros sentimentos surgem por meio do ato de acolher pela escuta, os profissionais escutam as preocupações e demonstram respeito e compaixão aos pacientes e familiares. Esse momento é considerado importante para melhorar as relações e aumentar a satisfação dos envolvidos (SAVIETO; LEÃO, 2016).

[...] Eu sinto confiança, satisfação e um sentimento de gratidão do usuário em se abrir comigo, de saber que muitas das vezes só irei ouvi-lo, e acolher. (G2 TEC ENF 2)

A postura de confiança mútua é primordial para desencadear o movimento de mobilização interna, que consiste no início do processo de resiliência, conforme pode ser constatado nos fragmentos dos relatos abaixo do (G2 PSICO 1):

[...] Tenho um sentimento diferente, é de esperança....comecei a perceber o quanto que esse discurso de que a sua vida não tem mais sentido agora, você não existe mais, isso me mobilizou. [...] porque ao atender, via em algumas pessoas que sofre violência, alguma coisa que ainda resiste, algum sentimento. [...] Não é só vítima. [...] quando vejo algum caso de violência, que alguma pessoa passa por uma situação de violência mobiliza até para luta, [...] uma luta coletiva; às vezes, acho que é o mais importante, quando ela toma aquela situação como algo que não é só dela.

O sentimento relatado como “diferente” destacado na fala, mobilizou o participante a apresentar um sentimento de esperança nas pessoas que estão em sofrimento, valorizando algo que resiste para acreditar que sobreviver é mais relevante do que ser vítima. Essa postura está relacionada com a presença de profissionais dispostos a ouvir sem julgamentos, o que possibilita a representação do trauma vivido. Esses sentimentos indicam o compromisso no cuidado promovendo a mobilização interna, início do processo de resiliência.

Portanto, a necessidade da tomada de decisão para o enfrentamento e o desejo de seguir com a vida adiante tornam possível pensar em um processo de resiliência das vítimas (FORNARI; LABRONICI, 2018).

A resiliência é um “processo de mobilização interna que desencadeia um movimento de rupturas e de abertura existencial em direção ao outro, com o intuito de ser ajudado, de transcender a experiência vivida e encontrar um novo sentido para a existência, mesmo que provisório” (LABRONICI, 2012 *apud* FORNARI; LABRONICI, 2018, p. 3).

[...] um sentimento do dever cumprido, de ter feito tudo o que podia dentro das minhas possibilidades para aquele paciente. (G2 ENF 3)

A percepção do trabalhador em fazer um trabalho bem feito é um operador de saúde e a inexistência dessa experiência pôde ser vista como fonte de frustração e perda do sentido do trabalho para aqueles que se sentem sensibilizados para a importância desta questão. Com poucos profissionais sensibilizados, estruturas inadequadas, ausência de fluxos na rede de proteção, instala-se a sobrecarga de trabalho, que somada à forte pressão em responder situações complexas, podem impactar na saúde mental dos trabalhadores, que é indissociável da saúde como um todo (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Esta reflexão encontra-se também referendada no desabafo do participante cujo seu sentimento despendido no atendimento das vítimas de violência traz a fala:

[...] Eu procuro não absorver as situações de violências que atendo no território pois não posso carregar as falhas institucionais, não tenho culpa... para a minha saúde mental. (G2 PSICO 1)

[...] E dói o coração da gente, quando chego lá e vejo a situação daquela mulher, o que eu conheci ela antes e do que ela tá hoje. Desde o dia que eu vi essa mulher nem dormindo direito eu estou! Parece que está na minha cabeça aquilo, entendeu? (G1 ACS 3)

Para tanto, acredita-se ser preciso melhorar a atenção na rede de assistência, visando diminuir os níveis de sobrecarga emocional e melhorar a qualidade de vida das vítimas e dos profissionais, em prol da resolutividade dos casos e de um processo de trabalho mais saudável (SILVA et al., 2019).

Estudos de Gonçalves, Queiroz e Delgado (2017) verificaram como estas atingem a população em geral e os profissionais de saúde. Os autores concluem que tanto as situações de risco como a rotina de atendimento, na qual os profissionais têm contato cotidiano com o sofrimento dos usuários, em função do cenário de violências, acarretam traumas e fragilizam a

saúde mental, além de provocarem a alta rotatividade de trabalhadores nos serviços. Portanto, considerar o que mobiliza o profissional e de que modo isso o afeta ao lidar com situações em que várias violências se sobrepõem, como as narradas acima, deve fazer parte do processo de implementação da política de prevenção (BRASIL, 2001).

e) **O lugar da vítima - a violência institucional e a correlação com a reviolência**

Por fim, a categoria “**O lugar da vítima**” e subcategoria “Violência institucional e sua correlação com a (re)violência”. Esta categoria objetivou tecer considerações sobre a dinâmica dos abusos durante o processo de escuta **humanizada e não (re)vitimizadora da vítima** em situação de violência, cujas narrativas revelaram a existência de inadequações de procedimentos na forma como são realizadas as escutas para obtenção das informações sobre atos violentos, que na maioria das vezes, ultrapassam o limite da proteção, o que Casola e colaboradores (2021) definem como (re)violência.

O atendimento às vítimas em contexto de violência, especialmente mulheres, é considerado, na maioria dos casos, ineficiente, visto que há um despreparo dos profissionais em atendê-las e encaminhá-las a outros serviços (AMARAL et al., 2016; CASTRO; SILVA, 2017). Diante disso, há necessidade de criação de uma rede de atendimento intersetorial que facilite o acolhimento, tendo em vista o desgaste emocional e a (re)violência na longa trajetória em busca de auxílio e/ou respostas que não necessariamente resultam em soluções (BRASIL, 2012b). A rede de atendimento deve buscar uma atuação articulada entre instituições/equipamentos governamentais e não governamentais e a comunidade, proporcionando qualidade no atendimento e encaminhamento adequado em situação de violências, além de estratégias efetivas de prevenção (SANI; MORAIS, 2015).

As equipes de ESF ao acolherem pessoas vítimas de violências buscam empregar tecnologias de cuidado como a escuta, o vínculo e a visita domiciliar. Contudo, embora existam políticas públicas para o enfrentamento desta problemática, na prática, as ações dos profissionais são cercadas por limites, como já discutimos exaustivamente no texto. Estes limites se relacionam, dentre outros fatores, com a formação dos profissionais centrada no modelo biomédico cujo caráter curativista/medicalizante desqualifica o saber que é produzido na prática comunitária, em sintonia com as condições de vida das comunidades, além da dificuldade de articulação intersetorial dos serviços para atender as pessoas que vivenciam situações de violência. Importa destacar que a aprendizagem baseada em problemas propõe soluções e tomadas de consciência da realidade para transformá-la.

É necessário sensibilizar os profissionais para realizarem uma assistência considerando a subjetividade das vítimas, oferecendo um espaço sem preconceitos, em que o profissional se coloque no lugar da vítima.

A (re)violência tem como pressuposto a violência perpetrada por uma rede que deveria ser de proteção. Ao submeter a vítima a um novo contexto de violências, sobretudo na Atenção Primária, ampliam as violências sofridas, especialmente a violência psicológica. “Deste modo, a violência cometida por esses sistemas, cujo objetivo deveria ser proteger, acaba ampliando a violência sofrida previamente pelas vítimas.” (CASOLA et al., 2021, p. 92). Seguindo essa lógica se faz necessário discutir os diversos fatores e procedimentos identificados nas narrativas, refletir criticamente sobre esses procedimentos e repensar as práticas na busca de evitar o reforço da dor pelos traumas vividos pelas vítimas de violências.

Dados do IPEA indicam que as violências têm se agravado tanto em termos de quantidade quanto de qualidade, ou seja, as vítimas têm sofrido agressões - e aqui se faz referência, inicialmente, às agressões físicas - cada vez mais severas, que ocasionam a morte ou graves sequelas (IPEA, 2021, 2022). Para Balbinotti (2009), fundamental o cuidado durante a abordagem às vítimas de violências, tanto nos serviços da rede de proteção, quanto nas delegacias especializadas. Além do risco de violar provas dos atos de agressão, a possibilidade de (re)violência é grande, e pode causar danos psicológicos, de proporções igual ou maior ao abuso sofrido.

Em muitas situações, os policiais civis são os primeiros profissionais a terem contato pessoal com as vítimas em situação de violência. Nesse contexto, o contato inicial é muito importante, podendo ser fundamental para a descrição da queixa e posterior investigação criminal. É necessário que esses agentes recebam as vítimas despidos de preconceitos e acolham a partir de um atendimento humanizado, além da privacidade no momento do depoimento (ROMAGNOLI, 2015).

Cabe ressaltar que a repetição de relatos pode gerar distorções das situações de violências e fragilizar a confiabilidade da declaração da vítima como prova no processo criminal (BALBINOTTI, 2009). O abuso durante o contato inicial com policiais civis é uma das principais formas de violação dos direitos humanos. Deste modo, violência institucional é aquela praticada por agente público no desempenho de função pública, em instituição de qualquer natureza, por meio de atos comissivos ou omissivos que prejudiquem o atendimento às vítimas (BRASIL, 2017b).

Importante refletir que as violências permeiam todas as instituições públicas e privadas; apresentam-se na relação de servidores com o paciente/usuário, podendo se dar de

diversas formas: ineficácia e negligência no atendimento, discriminação (de gênero, étnico-racial, econômica etc.), intolerância e falta de escuta, desqualificação do saber do paciente, uso de poder, massificação do atendimento, entre outros (DISTRITO FEDERAL, 2008). Portanto, são identificadas de várias maneiras -- na visibilidade ou invisibilidade, na escuta qualificada ou omissão, no atendimento humanizado ou negligenciado (MINAYO, 2007; SILVA; MADRID, 2021).

No contexto dos serviços de Saúde, violência institucional também está presente no cotidiano do trabalho, e é definida sob dois aspectos: por omissão e por comissão. A primeira engloba a negligência e o descaso em relação aos usuários do sistema de saúde, não atendendo, assim, a suas necessidades básicas. A segunda relaciona-se a procedimentos desnecessários e/ou indesejáveis, voltando-se ao aspecto técnico da assistência (COSTA, 2005).

Na seara da violência institucional, segundo Madri e Silva (2021), é possível encontrar desde a dimensão mais ampla, como a falta de acesso aos serviços de saúde e a má qualidade dos serviços prestados, até mesmo como expressões mais sutis, mas não menos violentas, tais como os abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre profissional e usuário. Uma forma muito comum de violência institucional ocorre em função de práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e religião um espaço propiciador à ocorrência de tal violência.

Guzzo e colaboradores (2014), indicam a ausência de discussões sobre esse fenômeno das violências na rotina entre os membros da equipe, o que reforça práticas de cuidado individualizadas e não efetivas, além da (re)vitimização dos usuários “instituída” nos serviços de saúde.

Santos e colaboradores (2011), já indicavam a necessidade de uma formação profissional interdisciplinar em Direitos Humanos adequada à realidade contemporânea, ou seja, uma formação no sentido da defesa e ampliação dos Direitos Humanos são requeridas. Para Silva e Madrid (2021), violência institucional está diretamente relacionada aos direitos humanos, uma vez que sua prática é incompreensível perante uma sociedade que seja construída alicerçada nos valores de respeito à dignidade humana e solidariedade em relação às pessoas em situação de sofrimento

Neste sentido, percebe-se que é um tipo de violência tão grave quanto as outras, ferindo princípios primordiais que regem o nosso ordenamento jurídico como o da fraternidade que tem como objetivo principal a dignidade da pessoa humana, onde não basta somente apoio governamental, mas sim, de uma sociedade justa e democrática como dispõe o artigo 1º inciso III da nossa carta magna. Assim, a Constituição Federal (1988), é “violada” toda vez que a

vítima é “violentada”, psicologicamente, sexualmente ou fisicamente quando as vítimas passam por situações de abuso e omissão nos de órgãos públicos que deveriam defendê-las e acolhê-las, ferindo assim seus princípios e ideais (CF 1988 art. I Inciso III).

Considerando tais argumentos, em 31 de março de 2022 foi publicada a Lei nº 14.321/2022, que altera a Lei nº 13.869/2019 (que dispõe sobre os crimes de abuso de autoridade), para tipificar o crime de violência institucional, que passa a vigorar acrescida do art. 15-A que prevê punição ao agente público que submeter a vítima de infração penal ou a testemunha de crimes violentos a procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a leve a reviver, sem necessidade, a situação de violência ou outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização. A pena é aumentada quando o agente público intimidar a vítima de crimes violentos ou permitir que terceiro o faça, gerando indevida (re)vitimização (BRASIL, 2022).

O trecho citado da participante a seguir demonstra essa necessidade da regulamentação de dispositivos legais para intervir nas situações de (re)vitimização causadas pelas instituições, que, a priori, deveriam amparar e acolher as pessoas que se encontram com seus direitos violados.

[...] se nos colocarmos no lugar dessa vítima vemos seu itinerário diversificado, só de sofrer a violência já é um fenômeno avassalador, tanto mental, físico, e aí você repetir esse evento várias vezes em cada porta que entra, é lembrar essa tortura. Então assim, na época, 6 anos atrás, estávamos discutindo, como poderíamos construir um único instrumento em que conseguisse evitar esse fala fala fala fala, para cada setor; considero ainda um grande desafio e uma grande barreira para tá falando de acolhimento! (G3 ENF/VIIEP 1)

A fala empática da participante revela a (re)vitimização muito relacionada com a estruturação da rede de proteção, e itinerários percorridos pelas vítimas por não haver uniformidade nos procedimentos.

A reflexão referendada se complementa com as narrativas a seguir, que identificam a ausência de ferramentas que auxiliem na coleta de informações acerca do caso de forma integrada sem exposição da vítima a cada procedimento na rede de atenção.

[...] uma vez que cadastra os dados e são lançadas as informações, qualquer profissional teria acesso a todas essas informações colhidas apenas uma vez. Então acho que seria uma questão de informatização, para que não fique preenchendo uma ficha de formulários distintos, não tendo que repetir a cada profissional que essa pessoa é atendida. (G3 AS/CI 1)

[...] Então assim, como que conversamos para integrar sistemas de informação? Por exemplo, não tenho gerência, não posso definir quais perguntas vou fazer dentro do meu sistema. [...] Então assim, são muitas complexidades, cada tipo de violência, você vai ter uma forma diferente da pessoa entrar. [...] vejo que existem esses desafios, mas acho que podemos realmente pensar em núcleos de rede; gerar responsabilização pra quem vai fazer escuta. (G3 PSICO/CRAS 2)

Os relatos acima deixam claro a ausência dos procedimentos padronizados e a atuação dos órgãos de proteção sem a integração necessária para intervir nos casos de violências (BORGES; SOUZA, 2018).

Ratificando essa afirmação, o relato a seguir traz a necessidade de ouvir crianças e adolescentes sem o atendimento de escuta qualificada para este segmento (BORGES; SOUZA, 2018).

[...] Uma das estratégias que a assistência social, [...] em relação a notificação de crianças, é criar um órgão especializado em escuta, que seria um órgão que teria esse papel de escuta e a partir dessa escuta ele ia pensar os agentes de proteção, que seríamos nós da saúde, educação, e os órgãos de responsabilização, que aí já seria o Conselho, as delegacias. (G3 PSICO/CRAS 2)

Essa narrativa acima reforça a preocupação nos últimos tempos sobre o tema, principalmente com a falta de preparo dos integrantes dos diversos serviços para enfrentar as situações de violências (BRASIL, 2017b). A questão emocional tem sido outro ponto de questionamento (BALBINOTTI, 2009).

Nota-se, porém, que novas formas de violências, em nome do Poder e com consequências graves para as vítimas, ainda é muito constante no sistema vigente, com ausência de profissionais preparados para a escuta especializada. A necessidade de implementação de diretrizes específicas, determina que as políticas implementadas nos sistemas de justiça, segurança pública, assistência social, educação e saúde, “deverão adotar ações articuladas, coordenadas e efetivas voltadas ao acolhimento e ao atendimento integral às vítimas de violência” (BRASIL, 2017b).

Neste sentido, é possível afirmar que o trabalho com a violência sofre a influência de diversos fatores, que envolve desde questões emocionais das pessoas envolvidas, até questões mais amplas relacionadas às políticas públicas (MORAIS; SALES; RODRIGUES, 2015). As autoras em seu estudo sobre os “Limites e possibilidades no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes” evidenciaram desafios no enfrentamento para a sensibilização e

capacitação dos profissionais, sendo importante que estes possam compreender o significado, as manifestações e as consequências da violência neste grupo etário e consigam diagnosticar e encaminhar os casos atendidos.

Cabe destacar que o Ministério dos Direitos Humanos, juntamente com a Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente elaborou, em 2017, os “parâmetros de escuta de crianças e adolescentes em situação de violência”, buscando “a promoção de um atendimento que seja adequado para um indivíduo que ainda não atingiu a maturidade plena em seu desenvolvimento, e realizado num contexto de grande fragilidade emocional e física” (BRASIL, 2017c), orientando a atuação do Sistema de Garantia de Direitos em relação ao atendimento das vítimas de violência, de escuta das crianças e dos adolescentes vítimas ou testemunhas de violência; para tanto foi promulgada uma legislação regulamentadora, Lei nº. 13.341/17 para reforçar o Sistema de Garantias das Crianças e dos Adolescentes e com base nos direitos de proteção às crianças e adolescentes; além de regulamentar, entre outros, os procedimentos de oitivas das crianças e adolescentes vítimas de violências.

[...] Sobre a questão da escuta especializada e depoimento sem dano, que é uma lei, promulgada desde 2017, a Lei 13431 de 2017, justamente que vem falar sobre o que? Não revitimizar a pessoa que sofreu violência sexual, criança e adolescente, objetiva criar um órgão mais amigo de promotoria e delegacia para que essa criança e adolescente seja escutada uma vez só, para que ela não tenha que ir na saúde, não tenha que ir na escola, no conselho tutelar, na promotoria, na delegacia e na justiça, e fale a mesma coisa, porque cada vez que ela fala, ela sofre, que é a questão da revitimização. (G3 PED/SME 2)

O participante acima em sua narrativa demonstrou conhecimento acerca da Lei nº. 13.341/17 que veio para reforçar o Sistema de Garantias das Crianças e dos Adolescentes e regulamentar, entre outros, os procedimentos de oitivas das crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência (BRASIL, 2017b).

Para melhor compreensão, é importante estabelecer as diferenças entre “Escuta Qualificada” e “Depoimento sem Dano”. Segundo a Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente, a escuta especializada é uma entrevista sobre a situação de violência que se dará perante os órgãos de proteção, devendo este ser limitado ao que realmente for necessário para o cumprimento da finalidade (BRASIL, 2017b, 2017c). Trata-se, portanto, de procedimento que visa a coleta de informações básicas necessárias para embasar o encaminhamento das mesmas, sem maiores invasões.

Já o depoimento especial, é tido como uma oitiva estruturada perante a autoridade policial ou judiciária (BRASIL, 2017c), e objetiva a coleta de provas por meio do crivo do contraditório e da ampla defesa, para ser utilizada como prova judicial, na busca dos fatos relevantes ao ocorrido. Em ambos os procedimentos deve haver um local com a devida infraestrutura para que a vítima ou testemunha de violência se sinta acolhida, bem como tenha privacidade (BRASIL, 2017c). Não deve ser ouvida em salas de escrivães ou delegados, salas de audiências coletivas, salas de conselheiros, entre outras.

Observa-se ainda nos relatos, associados à (re)vitimização, a desarticulação da rede e a desestruturação desses fluxos com estruturas inadequadas, influenciados pela rotatividade de atores sensibilizados na temática na rede de proteção como explicitado a seguir:

[...] a mudança de atores, volta para a estaca zero. Então, com novos atores vão desconstruindo um protocolo de violência. Muitos dos atores vão desconstruir um protocolo de violência, e fica nesse processo de construção, construção, construção interminável, e não dá uma continuidade e realmente estrutura uma rede. (G3 ENF/DAB 2)

[...] o que percebo dentro dessa fragilidade, principalmente da questão de estabelecer um fluxo e até mesmo de uma ficha única, onde converse com as entidades que tratam as violências, porque as formas de entrada de violência são inúmeras. Então às vezes a porta de entrada vai ser a Unidade de saúde da família, vai ser o agente comunitário que irá identificar vai ser a ligação direta, também vem do departamento da polícia, [...] e a rede ela precisa está estruturada em um único fluxo, para que a comunicação permaneça e garanta a assistência. (G3 ENF/DAB 2)

A narrativa revela o itinerário percorrido das pessoas em situação de violência, conformando uma “peregrinação” nos serviços com fluxos diversificados que gera o cuidado fragmentado da rede, e a ausência de uma comunicação horizontalizada dos profissionais que lidam com a problemática. Estudos de Berger (2011), constata que a fragmentação das práticas de cuidado reforça a invisibilidade das violências pelos profissionais que, embora se destaque como um problema de saúde pública, está fortemente associada à integração da atenção e a formação e na atenção em saúde. Para Trentin e colaboradores (2019), a equipe multiprofissional depara-se com desafios na abordagem devido à falta de ambiente adequado, assim como com déficits no próprio preparo do profissional com resistência em atender casos de violência.

Nota-se fragilidade na articulação entre as diversas instituições envolvidas no processo de atendimento, defesa e responsabilização. Tais deficiências de articulação perpassam desde

as dificuldades de comunicação entre as instituições a processos de trabalhos isolados e descontínuos entre as mesmas (CARVALHO, 2009).

A institucionalização de práticas humanizadas ainda enfrenta a reprodução da ausência de fluxos de atendimento que evitem a violação de direitos (MOREIRA et al., 2020). Dessa forma, percebe-se que, nesses serviços, a Violência Institucional (VI) capilariza-se e assume formatos que negam os avanços nesse complexo campo de atuação (MOREIRA et al., 2020). O atendimento humanizado prevê um olhar dos profissionais de saúde aos usuários não apenas como alguém que possui necessidades biológicas, mas como um ser biopsicossocial e espiritual que deve ter sua dignidade e seus direitos respeitados (MURY, 2004).

Outro desafio está relacionado à necessidade de articulação e formação de parcerias entre os diversos setores que trabalham com situações de violências que consiste na formação de uma rede de proteção e assistência. A violência institucional no contexto das pessoas na rede de atenção em situação de violências extrapola questões de ordem subjetiva e de formação dos profissionais de saúde. E a oferta de uma atenção integral capaz de transpor a violência institucional, desse modo, requer que a gestão repense a configuração dos serviços da rede de atendimento e esteja próxima dos atores envolvidos (MOREIRA et al., 2020).

As narrativas revelam a contraprestação do poder público na necessidade de investimento em estruturas com espaços adequados para o atendimento, contudo a transitoriedade da gestão com impacto na fixação dos profissionais já sensibilizados nos serviços que tratam as situações de violências, dificultam o atendimento à vítima, como revelado no trecho abaixo:

[...] Então, não consigo ver agora, no início de gestão, porque mudou o cenário, com muita rotatividade de profissionais que já estavam engajados e sensibilizados. Então, é relevante ter essa preocupação sim, mas talvez seja um caminho, a construção do documento que já fizemos lá atrás. (G3 PED/CME 1)

Compreender a necessidade de profissionais engajados e sensibilizados no acolhimento às vítimas de violências aponta para importância da capacitação dos agentes públicos, o compromisso ético no cuidado com a vítima de violência, a escuta atenta, o olhar sem julgamento, porque como já vimos anteriormente, um profissional sem capacitação para lidar com essas situações contribui para danos irreparáveis, constrangimentos e vergonha. Cabe assinalar que muitas vítimas não recorrem às instâncias de proteção na rede de proteção, em especial o judiciário, exatamente por vergonha do que irá enfrentar (SILVA; MADRID, 2021).

A percepção do participante dialoga com a interrupção de iniciativas e de projetos, além dos obstáculos para o estabelecimento do trabalho em rede, como a ausência de uma linguagem comum para a eficácia das ações:

[...] Então a rede vai ser fragmentada a cada vez que se constrói; acho que, se eu contar aí nesses 4 anos as tentativas de construções que já participei para o enfrentamento de violências foram muitas vezes! (G3 ENF/DAB 2)

A narrativa da participante reforça a ideia de que as ações de forma integral podem ser construídas desde o momento em que o usuário em situação de violência passa a ter a garantia do atendimento oferecido pela rede de atenção primária. No entanto, observa-se que nem sempre isso acontece e as práticas de cuidado caminham em uma linha descontínua, na qual o usuário é atendido por vários setores desconectados, o que expressa em processos de trabalho por atividades fragmentadas (GUZZO et al., 2014).

Nesse sentido Moraes, Sales e Rodrigues (2015), destacam alguns requisitos para a efetiva ação em rede: a comunicação entre os atores da rede com horizontalidade dos setores e compartilhamento de trabalho que favoreça uma atenção oportuna, com serviços seguros e efetivos, em tempos e lugares adequados. Vale ressaltar que fenômeno da descontinuidade administrativa influencia fortemente na assistência às pessoas em situação de violência, esta identifica os problemas referentes à governabilidade e à governança em nível municipal (MACHADO; COTTA; SOARES, 2013).

As falas revelam elementos dificultadores para a continuidade de políticas públicas e para a proteção dos direitos violados das pessoas em situação de violência o que reforça a (re)vitimização.

Para a compreensão do fenômeno da descontinuidade político-administrativa Nogueira (2006), define basicamente pela

[...] interrupção de iniciativas, projetos, programas e obras, mudanças radicais de prioridades e engavetamento de planos futuros, sempre em função de um viés político, desprezando-se considerações sobre possíveis qualidades ou méritos que tenham as ações descontinuadas. Como consequência, tem-se o desperdício de recursos públicos, a perda de memória e saber institucional, o desânimo das equipes envolvidas e um aumento da tensão e da animosidade entre técnicos estáveis e gestores que vêm e vão ao sabor das eleições. (p. 12)

No que tange ao apoio da rede intersetorial, considera-se as violências um problema cuja resolução não compete unicamente ao setor saúde, mas que necessita da articulação de diferentes setores para o seu enfrentamento. Esse é outro aspecto que chama a atenção nos

discursos, ou seja, as práticas institucionais de enfrentamento das violências que são, muitas vezes, frágeis, fragmentadas, pontuais e limitadas a setores específicos (MORAIS; SALES; RODRIGUES, 2015).

Batista, Quirino e Silva (2020), também reiteram a necessidade de articulação intersetorial e o desenvolvimento de políticas de educação permanente. Os fatores dificultadores são, segundo os autores, a fragilidade da rede, a falta de preparo dos profissionais e a impotência na resolutividade dos casos.

[...] Essa preocupação se encontra como demanda do nosso plano de ação, que acho que vai ajudar muito porque no plano de ação criamos uma proposta para o município, formalizar em documento oficial a instituição do grupo intersetorial. Esse grupo não seria passado à gestão vigente, será de caráter permanente. [...] O documento reforçará fluxos no acolhimento e encaminhamentos bem direcionados, [...] a padronização de fichas e formulários que dialogue com esses espaços de forma integrada. (G3 PED/CME 1)

A fala revela uma descontinuidade de ações por falta de estratégias efetivas, dificultando a assistência integral das pessoas em situação de violência, além de ausência de fluxos e procedimentos padronizados, que facilitem a comunicação e a exposição da vítima. Para a construção da rede é imprescindível a reestruturação dos serviços e a capacitação e motivação dos profissionais dos serviços que lidam com as violências, no intuito de ampliar sua capacidade de acolhimento, escuta, orientação e tratamento. Por meio da escuta e do acolhimento é possível construir um compromisso entre profissional e usuários com vistas à elaboração de um projeto de enfrentamento às violências.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A magnitude do tema das violências exige ações efetivas para o enfrentamento que inclui a organização de uma rede de atenção que articule diferentes atores e dispositivos nos setores de saúde, justiça, segurança pública e assistência social na promoção de ações para prevenção e enfrentamento de forma intra e intersetoriais.

Os conteúdos analisados apontaram para um ponto fundamental sobre a compreensão das visibilidades e invisibilidades das violências, as estratégias utilizadas e os sentimentos que mobilizaram as equipes e que influenciam a construção de estratégias. Os resultados apresentados indicam prioritariamente as estratégias construídas pela equipe por meio das práticas relacionais, o vínculo e escuta, contudo todos os grupos envolvidos na pesquisa

reforçam que o enfrentamento às situações de violência necessita ainda de uma abordagem ampliada e intersetorial.

Neste sentido foi possível observar as distintas visões sobre os territórios, as famílias, as expectativas e as diferentes compreensões sobre o próprio papel no atendimento dos casos atendidos. Várias questões foram levantadas nos relatos durante os grupos focais na proposição de respostas e encaminhamentos; as mais significativas foram: a fragilidade da rede; o medo de lidar com os casos de violências; o despreparo dos profissionais e a alta rotatividade nos serviços. O estudo aponta o esforço de gestores para a efetivação de uma política da atenção com vistas à redução da rotatividade e à viabilização de uma atenção qualificada por parte destes trabalhadores, com incorporação efetiva na rede de serviços, que assegure interdisciplinaridade, intersetorialidade e integralidade da atenção.

Nota-se que apesar dos esforços empregados no sentido de modificar os modelos de atenção, a integralidade da assistência ainda é comprometida pela fragmentação dos sistemas de saúde e pelo modelo biomédico, que ainda confere legitimidade do saber em saúde aliado a precarização do trabalho em saúde. Apesar de realizarem o acolhimento das vítimas de violências, os profissionais têm dificuldade na identificação e tipificação, o que contribui para a invisibilidade de alguns casos. A atuação é centrada na sintomatologia, com dificuldade na coordenação do cuidado da vítima e ausência de ações de promoção da cultura de paz. Os sentimentos de despreparo, medo e insegurança surgem principalmente por conta da ausência de uma rede intersetorial de suporte consolidado.

Os resultados ainda apontam a necessidade de reforço de ações de educação permanente e capacitação dos trabalhadores para a apropriação do tema e consolidação das políticas públicas, visto que a não utilização de protocolos e fluxos assistenciais limitam a assistência prestada.

Ao discorrer sobre o trabalho da Estratégia de Saúde da Família evidenciou-se sua potencialidade nas ações de promoção da saúde e a prevenção das violências, sendo possível elucidar a identificação de estratégias e as práticas de cuidado da ESF e as abordagens no enfrentamento das violências pelos profissionais no território. A estrutura física da ESF que dispõe de consultórios de enfermagem, médico e odontológico potencializa a realização da escuta com segurança e sigilo, facilitando o acolhimento e estabelecimento de vínculo e verbalização da violência pela vítima, assim como as visitas domiciliares. Contudo essas estratégias ainda são insipientes e as violências não são incluídas como uma demanda inerente ao serviço, resultando em acolhimentos sem responsabilização e encaminhamentos inadequados.

Dessa forma, se faz necessário a implementação validada por parte da gestão dos fluxos e protocolos visto que o não seguimento dos protocolos e fluxos reflete ainda uma fragilidade por parte da gestão e trabalhadores. É fundamental o conhecimento da rede de proteção destacando a importância dos demais atores da rede intra e intersectorial na construção coletiva de práticas e cuidados em saúde visando à melhoria dos serviços prestados aos usuários do SUS em situação de vulnerabilidade e violência.

Desse modo, espera-se fomentar a discussão acerca das práticas e abordagens do cuidado que promovam a diminuição das violências no território e a promoção de novas estratégias de enfrentamento a esta problemática e debates sobre a importância da atuação intra e inter setorial dando visibilidade às violências no território, possibilitando parcerias, pactuações e responsabilização de todos na redução de danos por meio da construção coletiva de estratégias de prevenção e práticas de cuidados voltadas também para acesso, acolhimento e assistência de grupos vulneráveis.

Pelo exposto, o estudo apresenta contribuições ao evidenciar elementos para propor ações de educação permanente aos profissionais atuantes nas unidades de ESF, na qualificação da escuta e na garantia de acolhimento e integralidade no cuidado às vítimas em situação de violências. Conclui-se, portanto, com a ênfase na necessidade de iniciativas por meio da educação permanente, principalmente na qualificação dos profissionais que lidam com os casos de violências no território onde atuam, além do aprimoramento de estratégias de identificação e intervenção.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. W. **Problems of moral philosophy**. Cambridge: Polity, 2001.

AMARAL, L. B. M. et al. Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 521-540, mai./ago. 2016. ISSN versão on-line 1806-9584. DOI: 10.1590/1805-9584-2016v24n2p521. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/hhpBZPY3scgf4Q7KLRD4Kf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2022.

ANDRADE, C. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 783-836.

ANDRADE, E. M. et al. A visão dos profissionais de saúde em relação a violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 147-155, mar. 2011. ISSN versão on-line 1984-0470. DOI: 10.1590/S0104-12902011000100017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/whSFz6rXSgN6GKQpYpBTndJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2020.

APOSTÓLICO, M. R. et al. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, abr. 2013. ISSN versão on-line 1980-220X. DOI: 10.1590/S0080-62342013000200007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LpBYMp7M7wcrQHFH4r5K8MQ/?lang=pt>. Acesso em 05 nov. 2020.

ARGEMÍ, M. D.; RUEDA, L. Í. La construcción social de la violencia. **Athenea Digital**, n. 2, 2002, p. 1-10. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/n2-domenech-iniguez/54-pdf-es>. Acesso em: 26 mar. 2021.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 79-104.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidados e reconstrução das práticas em saúde. In: MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 91-108.

AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Vila Clementino, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012. ISSN versão on-line 1809-4481. DOI: 10.1590/S0103-73312012000400005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/YxtPjCZTBSwKqdx98G4sLRp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor da Regionalização da Bahia. 2018. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp#PDR. Acesso em: 19 nov. 2020.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Acesso em: <http://www.saude.ba.gov.br>. Acesso em: 20 mai. 2022.

BALBINOTTI, C. A violência sexual infantil intrafamiliar: a revitimização da criança e do adolescente vítimas de abuso. **Direito & Justiça**, v. 35, n. 1, jan./jun. 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/iberoamericana/N%C3%83%C6%92O%20https://www.scimagojr.com/index.php/fadir/article/view/8207/5894>. Acesso em: 07 ago. 2022.

BANNWART, T. H.; BRINO, R. de F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 138-145, jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/svrcW5MnqrjSXpWpY8SBDgb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Cienc. Saúde**, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, M. K. B.; QUIRINO, T. R. L. Debatendo a violência contra crianças na saúde da família: reflexões a partir de uma proposta de intervenção em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 4, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2020.v29n4/e180843/>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BATISTA, M. K. B.; QUIRINO, T. R. L.; SILVA, M. V. da. Violência contra crianças na atenção primária à saúde: uma proposta de matriciamento. **Mudanças**, v. 28, n. 2, p. 35-42, 2020.

BAZON, M. R. Maus-tratos na infância e adolescência: perspectiva dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 1110-1112, 2007.

BELLOCH, A.; OLABARRIA, B. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. **Revista Clínica y Salud**, v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993.

BENÍCIO, L. S. F.; BARROS, J. P. P. Estratégia Saúde da Família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 16, spl., p. 102-112, 2017.

BERGER, S. M. D. Violência entre parceiros íntimos: desafios no ensino e atenção em saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 35, n. 4, p. 526-534, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/4PqFT4cPnrY4Gkbbs8n3PYz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2020.

BERTONI, E. Qual o impacto da pandemia nos índices de criminalidade?. **Nexo**, 14 abr. 2020. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2020/04/14/Qual-o-impacto-da-pandemia-nos-%C3%ADndices-de-criminalidade>. Acesso em: 17 ago. 2020.

BORGES, G.; SOUZA, I. F. de. A escuta qualificada e o depoimento especial: desafios da Lei nº 13.431/17 na busca da não revitimização de crianças e adolescentes. **Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/viewFile/18829/1192612090>. Acesso em: 08 ago. 2022.

BRANCO, J. G. de O. *et al.* Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1877-1886, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n8xmRDDy7mXr4DvNnBwbFVB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRANDÃO, M. Lei Maria da Penha: subnotificações escondem número real da violência. **Agência Brasil**, 08 ago. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-08/lei-maria-da-penha-subnotificacoes-escondem-numero-real-da>. Acesso em: 05 ago. 2020. **randão**

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 96, seção 1, p. 3-8, mai. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 11 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissional de saúde**. Caderno n. 8. Série – Direitos Sexuais e direitos reprodutivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mar. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Por uma Cultura da Paz, a

Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 74 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 23 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, n. 18, Brasília, DF, jan. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 01 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 14 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. A notificação de violências. 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, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jun. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, edição 98, seção 1, p. 44, mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de Diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set. 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 19 mar. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017b.

BRASIL. **Parâmetros de escuta de crianças e adolescentes em situação de violência.**

Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2017c. Disponível em:

<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2017/08/Parametros-de-Escuta.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Base de dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB – Retratos da APS – 3º Ciclo do PMAQ-AB. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>. Acesso em: 21 out. 2020.

BRASIL. Lei Federal nº 14.321, de 31 de março de 2022. Altera a Lei nº 13.869, de 5 de setembro de 2019, para tipificar o crime de violência institucional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, ano 160, n. 63, p. 1, abr. 2022.

CAMARGO JR, K. R. de. (Ir) racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 2, p. 203-230, 1992.

CAMARGO JR., K. R. de. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 177-201, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2020.

CAMILLO, S. O.; MAIORINO, F. T. A importância da escuta no cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 549-555, 2012. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/27826/19049>. Acesso em: 20 jul. 2022.

CARVALHO, A. C. R. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: como pensam e agem os profissionais de saúde?**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

CASOLA, F. et al. Proteção ou (re) violência? a operação da violência contra a mulher no sistema de justiça criminal. **Iniciação Científica Cesumar**, v. 23, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/download/9868/6645/>. Acesso em: 08 ago. 2022.

CASTRO, B. D. V.; SILVA, A. S. Atuação da autoridade policial e do Poder Judiciário no combate à violência doméstica contra a mulher na cidade de São Luís/MA. **Opin. Jur.**, v. 15, n. 20, p. 59-83, 2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 mar. 2022.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da violência 2019**. São Paulo: IPEA, 2019. 116 p. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em: 17 nov. de 2020.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2018**. Brasília: IPEA, 2018. 93 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da violência 2017**. Brasília: IPEA, 2017. 69 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf. Acesso em: 17 nov. de 2020.

CHAGAS, M. A. *et al.* Conceito de território no planejamento das ações de saúde na estratégia da saúde da família. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 2, n. 4, p. 15-15, 2011.

CHAUÍ, M. Escritos de Marilena Chauí: sobre a violência. São Paulo: Grupo Autêntica, 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=R0YvaTEOiJQ>. Acesso em: 19 mar. 2021.

CICOM. Relatório do perfil de ocorrências geradas no Centro Integrado de Comunicações/ Costa do Descobrimento da Polícia Militar da Bahia, 2021.

COELHO, D. S. C. *et al.* **Metodologia para a Seleção dos Municípios Participantes do Programa Nacional de Enfrentamento de Homicídios e Roubos**. 1. ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/pubpreliminar/210623_nt_preliminar_metodologia_para_a_selecao_dos_municipios_participante.pdf. Acesso em: 23 jul. 2021.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. (org.). **Violência: definições e tipologias**. Florianópolis: UFSC, 2014. 32 p. Disponível em: https://violenciaesaude.paginas.ufsc.br/files/2015/12/Definicoes_Tipologias.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

CONCEIÇÃO, J. C. *et al.* Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 468-477, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6287/6362>. Acesso em: 02 mar. 2021.

COSTA, A. L. R. C. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica de um hospital público**. 2005.

Tese - Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

CROCHÍK, J. L. Adorno e a psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 287-296, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/xGsx8Lc4xZJnTHwFCtXHVF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 ago. 2020.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/tfjMwYKXCHCxBhKjSVpMYL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 jan. 2021.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jGnr6ZsLtwkhvdkrdfhpcdw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 ago. 2020.

DAUMAS, R. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n.6, 2020.

DESLANDES, S. F. Medical care for victims of violence in emergency room: is it time for prevention?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 81, 1999.

DISTRITO FEDERAL. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008. 68 p.

FALERIOS, J. J. Profissionais para reorientar o modelo assistencial. Quantos e quais?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 55-64, jan./abr. 2013. DOI: 10.1590/1981-5271v27.1-008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/p5xv3pWmpVvSTbh8KjpR6xs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2021.

FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C.; ARPINI, Dorian Mônica. Rede de proteção: o olhar de profissionais do sistema de garantia de direitos. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 727-741, 2016.

FARIA, L. **Violências e suas configurações. Vulnerabilidades, Injustiças e Desigualdades Sociais**. São Paulo: Editora Hucitec, 2020.

FARIA, L.; CASTRO SANTOS, L. A.; ALVAREZ, R. C. As sociedades em risco e os múltiplos fatores que fragilizam as relações sociais em tempos de pandemia. **Revista del CESLA**, n. 29, p. 11-28, 2022.

FARIA, L.; PATIÑO, R. A. Violências, injustiças e sofrimento humano: o impacto das desigualdades sociais nas percepções de Martín-Baró, Ricoeur e Nietzsche. **Cadernos IHU ideias**, v. 18, n. 308, p. 1-33, 2020. Disponível em:

<http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/308cadernosihuideias.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2021.

FARIA, L.; PATIÑO, R. A. Dimensão psicossocial da pandemia do Sars-CoV-2 nas práticas de cuidado em saúde de idosos. **Interface (Botucatu)**, v. 26, p. e210673, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/mZ554gkSPHt9mbWLCLyRyrP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2022.

FERREIRA, C. M. et al. Estratégias de sobrevivência à violência utilizadas pelos agentes comunitários de saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 34, 2021.

FERREIRA, M. do R. A. B. et al. Violência doméstica contra a mulher no contexto da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 6286-6306, 2021.

FORNARI, L. F.; LABRONICI, L. M. O processo de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual: uma possibilidade de cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2018.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Ano 16, 2022. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5>. Acesso em: 12 set. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Ano 15, 2021. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2022.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

GALVANI, G. Violência doméstica na quarentena: como se proteger de um abusador?. **CartaCa-pital**, 29 mar. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/violencia-domestica-na-quarentena-como-se-proteger-de-um-abusador/>. Acesso em: 17 jul. 2020.

GARRIDO, E.N.G.; NORONHA, C.V. A inclusão da perspectiva de gênero no PSF: uma estratégia de combate à violência doméstica contra a mulher. In: **Anais do III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, v. 10, supl.1, p. 222-223, 2005.

GONÇALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R.; DELGADO, P. G. G. Violência Urbana e Saúde Mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 29, n. 1, p. 17-23, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v29n1/1984-0292-fractal-29-01-00017.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. Health professionals' reporting of family violence against children and adolescents. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 315-319, 2002.

GUIMARÃES, C. A importância de um sistema de saúde público e universal no enfrentamento à epidemia. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 25 mar. 2020. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-importancia-de-um-sistema-de-saude-publico-e-universal-no-enfrentamento-a>. Acesso em: 17 jul. 2020.

GUZZO, P. C. et al. Práticas de saúde aos usuários em situação de violência: da invisibilidade ao (des) cuidado integral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 100-105, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/p34DJdPQNc4PtJhj4tPSvCG/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265, 2005.

IBGE. **Panorama do município de Porto Seguro – Bahia, 2020**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/porto-seguro/panorama>. Acesso em: 19 nov. 2020.

ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 556-562, 2014. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19661>. Acesso em: 03 jul. 2022.

INSTITUTO UNIBANCO. Pandemia acentuou desigualdades na aprendizagem em comunidades vulneráveis. Instituto Unibanco, Rio de Janeiro, 23 fev. 2022. Disponível em: <https://www.institutounibanco.org.br/conteudo/pandemia-acentuou-desigualdades-na-aprendizagem-em-comunidades-vulneraveis/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

KRUG, E. G. et al. (ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: OMS, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2020.

LANCET. Covid-19 in Brazil: “So what?”. **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1461, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931095-3>. Acesso em: 04 ago. 2022.

LEITE, J. C. S. et al. Cartilha educativa: enfrentamento a violência contra crianças e adolescentes. **Revista Científica de Enfermagem-RECIEN**, v. 11, n. 35, 2021.

LEVANDOWSKI, M. L. *et al.* Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/w9xDc35gk53mDz9MrX4nFfr/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

LESSA, M. G. G. **O agente comunitário de saúde em Fortaleza: vivências profissionais**. 2013. Dissertação (Mestre em Sociologia) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

LIMA, D. W. C.; VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 154-160, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00154.pdf. Acesso em: 20 jul. 2022.

LIMA, J. de S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 661-673, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gcqQpgYpY5tC3DZmtvbDs8J/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2020.

LIMA, L. A. et al. Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência doméstica. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 6, n. 2, p. 65-68, 2017.

LIMA, M. C. C. S. et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, supl.1, p.118-137, jan./jun. 2011.

LOPES, C. S. et al. Direct and indirect exposure to violence and psychological distress among civil servants in Rio de Janeiro, Brazil: a prospective cohort study. **BMC psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2015.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; SOARES, J. B. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 159-170, 2015.

MANDELA, N. R. **A Long Walk to Freedom: The Autobiography of Nelson Mandela**. London: Little Brown, 1995.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 665-675, 2004.

MARGARIDO, A. **A percepção de médicos do PSF sobre o processo de atendimento médico a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008. Disponível em: <https://siaiap39.univali.br/repositorio/bitstream/repositorio/1209/1/Ayrton%20Margarido.pdf>. Acesso em: 19 set. 2022.

MARGARIDO, A.; PRÓSPERO E. N. S.; GRILLO, L. P. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Formação e conhecimento dos médicos. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 74, p. 405-414, jul./set. 2013.

MARQUES, C. dos S. **Notificação de violência intrafamiliar na perspectiva de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família**. 2019. Dissertação (Mestre em Enfermagem, Saúde e Sociedade) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2019.

MARQUES, E. S. et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cad Saúde**

Pública, v. 36, n. 4, p. e00074420, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n4/e00074420/>. Acesso em: 17 ago. 2020.

MARTINS, L. de C. A. et al. Violência contra mulher: acolhimento na estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 507-514, 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31422/18067>. Acesso em: 19 abr. 2021.

MARTINS, N. R. de O. **Deteção da violência familiar contra a criança na população adscrita ao PSF/ LAPA-RJ**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2002.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. 'Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva'. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 4, n.3, p. 513-531, 1998.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. de S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 646-647, 2004.

MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

MINAYO, M. C. de S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: SOUSA, E. R. (org.). **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007. p. 24-35.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E.R. **Violência sob olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MINAYO, M. C. et al. Institucionalização do tema violência no SUS: avanços e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, v. 22, n. 37, p. 1-12, 1999. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf. Acesso em: 10 dez. 2020.

MORAES, C. L. et al. Violência contra idoso durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, supl. 2, p. 4177-44184, 2020.

MORAIS, R. L. G. ; SALES, Z. N.; RODRIGUES, V. P. Limites e possibilidades no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 9, supl. 3, p. 7672-7681, abr., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10507/11381>. Acesso em: 1 set. 2022.

MOREIRA, G. A. R. et al. Manifestations of institutional violence in the context of health care for women in situations of sexual violence. **Saúde e Sociedade**, v. 29, 2020.

MOREIRA, T. das N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9GL6XQDNPtD6HLFpZhRJGPv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2020.

MURY, L. **Violência institucional: casos de violação de direitos humanos na área da saúde materna e neonatal no estado do Rio de Janeiro**. São Paulo: Direitos Humanos no Brasil, 2004. Disponível em: <https://www.social.org.br/relatorio2004/relatorio019.htm>. Acesso em: 30 ago. 2022.

NESPOLI, G. Os domínios da Tecnologia Educacional no campo da Saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 873-884, 2013.

NOGUEIRA, F. do A. **Continuidade e Descontinuidade Administrativa em Governos Locais: Fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, A. M. N. de et al. Percepção dos profissionais de saúde frente às intervenções primárias: prevenindo a violência intrafamiliar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 424-431, 2015.

OLIVEIRA, B. C. et al. A escuta especializada e o espaço educacional: relações dialógicas sobre a violência. **Anais do EVINCI-UniBrasil**, v. 7, n. 1, p. 488-488, 2021.

OLIVEIRA, R. N. G. de; FONSECA, R. M. G. S. da. A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 31-38, 2014.

OLIVEIRA, S. M. et al. Reporting of violence against children and adolescents: action of nurses in basic health units. **Rev Enferm UFRJ**, v. 21, n. esp., p. 594-599, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Social determinants of health**. Geneva: OMS, 2019. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/un_platform_finaldc76b812-8164-4513-98ee-c7715edd0b28.pdf?sfvrsn=d4adf14_1&download=true. Acesso em: 20 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Violência y salud:**

resolución no XIX. Washington: OPAS, 1994.

PACHECO, C. Sul e Extremo-Sul lideram casos de estupro na Bahia. **Jornal Correios**, Salvador, abr. 2016. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/sul-e-extremo-sul-lideram-casos-de-estupro-na-bahia/>. Acesso em: 02 nov. 2020.

PAI, D. D. et al. Physical and psychological violence in the workplace of healthcare professionals. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018.

PASSOS, A. C. O que os olhos não vêem o coração não sente: um estudo sobre violência psicológica contra a mulher. [Dissertação] Programa de Pós-graduação em Serviço Social. PUC-Rio. 2007.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S. de; AUGUSTO, M. C. N. A. de. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, v. 9, n. 17, p. 523-536, 2011.

PORTO, R. T. S.; BISPO JÚNIOR, J. P.; LIMA, E. C. de. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 787-807, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/YkkKyrNL9J4Q7pYrhtDyv5j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2020.

PORTO SEGURO. Plano de ação para o enfrentamento ao Covid-19 da Secretaria de Saúde. **Secretaria de Saúde**, Porto Seguro, mai. 2020a. Disponível em: <https://www.portosegurotur.com/portomaisseguro/?mw=planejamento-saude>. Acesso em: 19 nov. 2020.

PORTO SEGURO. Relatório anual de gestão. **Secretaria de Saúde**, Porto Seguro, dez. 2020b. Disponível em: <https://www.portosegurotur.com/portomaisseguro/?mw=planejamento-saude>. Acesso em: 19 dez. 2020.

RAMOS, M. L. C. O.; SILVA, A. L. da. Estudo sobre violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 136-146, 2011.

RAMOS, S. **Elas vivem: Dados da violência contra a mulher**. Rio de Janeiro: CESeC, 2022

RODRIGUES, E. A. S. *et al.* Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. **Saúde em debate**, v. 42, n. Especial 4, p. 55-66, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe4/55-66/pt/>. Acesso em: 23 nov. 2021.

ROMAGNOLI, R. C. Várias Marias: efeitos da Lei Maria da Penha nas delegacias. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 114-122, 2015.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 472-477, 2007.

SANI, A.; MORAIS, C. A polícia no apoio às vítimas de violência doméstica: estudo exploratório com polícias e vítimas. **Direito e Democracia**, v. 16, n. 1, p. 5-18, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/direito/article/view/2282/2081>. Acesso em: 20 set. 2022.

SANTOS, A. M. R. et al. Violência Institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 84-90, 2011.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 5, p. 71-88, 1999.

SANTOS, J. V. T. A violência como dispositivo de excesso de poder. **Soc. estado**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 281-298, 1996a.

SANTOS, K. D. **Atenção Básica à Saúde e o enfrentamento da violência: um olhar a partir dos Núcleos de Prevenção (NPVs) na cidade de São Paulo**. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

SANTOS, L. L. **A visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde**. 2003. Dissertação (Mestre em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996b.

SANTOS, R. A. B. de G. dos; UCHÔA-FIGUEIREDO, L da R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 694-706, 2017.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, 2009.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Assistência em enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0198.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência vivida: A dor que não tem nome. **Interface (Botucatu)**, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCHWANTES, L. C. et al. Violência doméstica: analisando a visão do profissional de saúde na atenção primária. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 4, p. 449-456, out./nov., 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1727/610>. Acesso em: 04 Set. 2022.

SEBASTIANI, R.W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, suppl 1, p. 50-55, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/acb/v20s1/25568.pdf. Acesso em: 08 abr. 2022.

SESAB. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (DIVAST). *Clipping* especializado Assédio Moral. Tema publicado nas mídias on-line, através da busca Google.

2014. 179 p. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Clipping_Violencia_Salvador_2014.pdf. Acesso em: 23 jul. 2021.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dSNqzcT3nLL4Mdxp5ZPnV5h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2021.

SILVA, E. B. da; PADOIN, S. M. de M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta paulista de enfermagem**, v. 26, p. 608-613, 2013.

SILVA, I. V.; AQUINO, E. M. L.; PINTO, I. C. de M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde pública**, v. 30, p. 2112-2122, 2014.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng. Acesso em: 23 jul. 2022.

SILVA, L. de O. A.; MADRID, F. de M. L. O combate a violência institucional contra as mulheres e a desqualificação da palavra da vítima. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**, v. 17, n. 17, 2021.

SILVA, M. S. da et al. Atendimento a vítimas de violência infantojuvenil: sentimentos de profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019.

SOARES, F. C. L. et al. Estratégias de Enfrentamento à Covid-19 Adotadas na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 13, n. 1, 2022.

SOUZA, E. R. de et al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1709-1719, 2009.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/WT4pvyJjjqsNwRBh9n9YWLH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2021.

SOUZA, G. S. L.; RIBEIRO, M. R. R. Construção de manual sobre cirurgia segura para profissionais de saúde. **Cogitare enfermagem**, v. 22, n. 1, 2017.

SOUZA, R. G.; SANTOS, D. V. Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos enfermeiros. **Physis Rev Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 783-800, 2013.

SPINK, M. J. Psicologia social e saúde: Trabalhando com a complexidade. **Quaderns de Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 41-56, 2010.

TEIXEIRA, M. G. et al. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 7-28, 1998.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, v. 19, n. 3, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2020.

TRENTIN, D. et al. Olhar de profissionais no atendimento a mulheres em situação de violência sexual: perspectiva da declaração universal de bioética e direitos humanos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, p. 1-14, 2019.

UN WOMEN. **Covid-19 and the care economy: immediate action and structural transformation for a gender-responsive recovery**. Nova Iorque: UN Women, 2020. 10 p. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/policy-brief-covid-19-and-the-care-economy>. Acesso em: 30 ago. 2022

VIEGAS, S. M. da F.; PENNA, C. M. de M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 1089-1100, 2015.

VIEIRA NETTO, M. F.; DESLANDES, S. F. As Estratégias da Saúde da Família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1583-1596, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7jrRdByvCWBfMsYyLGGVZMC/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20 nov. 2020.

VIEIRA, E. M.; HASSE, M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 52-62, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2017.v21n60/52-62/pt/>. Acesso em: 23 nov. 2020.

VIEIRA, L. J. E. de S. et al. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3957-3965, 2016.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200033, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/tqcyvQhqQyjtQM3hXRywsTn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2022.

VILELA, L. F. (coord.). **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008. 68 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf. Acesso em: 19 mar. 2021.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil**. 1. ed. Brasília: Flacso, 2015. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

WITTNER, L. De l'image de violence à la violence de l'image. **Les Annales de la Recherche Urbaine**, Paris, n. 54, p. 53-59, mar. 1992.

ZUCHI, C. Z. et al. Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. **REME – Rev Min Enferm**, v. 22, p. e1085, 2017.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE)



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a):

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) para participar da pesquisa intitulada **“AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CUIDADO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS VIOLÊNCIAS EM UM MUNICÍPIO DO SUL DA BAHIA”**. Nesta pesquisa pretendemos identificar e analisar as práticas de cuidado da Estratégia Saúde da Família e as abordagens intersetoriais no acolhimento às vítimas de violência em Porto Seguro/BA.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: serão realizados grupos focais, que são reuniões onde por meio de uma roda de conversa serão identificadas opiniões, percepções, expectativas, motivações e necessidades dos grupos no enfrentamento às violências no seu processo de trabalho. Nesses grupos serão discutidas questões referentes ao enfrentamento da violência no território da abrangência da ESF Arraial Bairro I e II, ESF Wilson Batista I e II, localizado no Distrito Sanitário (DS) do Litoral Sul do município de Porto Seguro.

Os registros das falas dos participantes serão gravados em áudio e vídeo, transcritos na íntegra e analisados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Em decorrência da pandemia de Covid-19, você terá a possibilidade de escolher a forma de participação, se virtual ou presencial. O encontro presencial acontecerá no Auditório do Complexo Regulador, localizado na Rua Cova da Moça, nº01, Centro, Porto Seguro/BA, em data e horário a ser definido. Será respeitado o distanciamento social, bem como será oferecido álcool gel e será exigido o uso de máscara. Caso decida participar de forma virtual, o link para a sala de reunião será disponibilizado via e-mail ou mensagem de celular.

O estudo trará como benefício conhecer as potencialidades e os limites da Estratégia Saúde da Família (ESF) no enfrentamento às violências no território, bem como o trabalho colaborativo

com os representantes das instituições e entidades que compõem a rede intersetorial. Poderá ainda fomentar a prática do trabalho colaborativo intersetorial e multiprofissional, com vistas ao fortalecimento da rede intersetorial no cuidado por meio de estratégias de prevenção e a redução de danos, para promoção de uma cultura de paz no território de abrangência.

A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em suas diretrizes e normas para pesquisa com seres humanos indica que: "V - Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Portanto, os riscos aos participantes poderão envolver constrangimento ou ansiedade gerados a partir da interação. Neste sentido, os grupos serão acolhidos pela pesquisadora e acompanhados por uma profissional Psicóloga e uma Assistente Social. De todo modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da participação, estarão assegurados o direito à indenização e cobertura material para reparação do dano ou eventuais despesas para participação, pelo tempo que for necessário.

Para participar deste estudo o(a) Senhor (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Além disso, terá o esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará em qualquer penalidade.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados no final do estudo com seu consentimento e seu nome não será divulgado nas publicações.

Caso o (a) Sr. (a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora abaixo a qualquer tempo.

Pesquisadora Responsável – Maria da Conceição Julião, domiciliada na Rua Frei Calixto, 59, Centro – Porto Seguro – Bahia, contato: (73) 99155-9699, e-mail: m.conceicaojuliao@gmail.com.

Também em caso de dúvida, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia (CPE/UFSB). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) busca defender os interesses dos participantes de pesquisa. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas

envolvendo seres humanos. O comitê de Ética em Pesquisa da UFSB está localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A, Bairro Monte Castello, Teixeira de Freitas, Bahia, CEP – 45996-108 – Em frente ao Posto e Hotel Skalla. Horário de funcionamento: De Segunda – feira a Sexta – feira das 09h00 às 12h00 e de 14h00 às 17h00. Telefone: (73) 3291-2089 / 3292-5834. E-mail: cep@ufsb.edu.br.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, rubricadas em todas as suas páginas, as quais serão assinadas, ao seu término, pelo(a) Senhor (a), assim como pelo pesquisador responsável. Uma das vias deste termo será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao(a) Senhor (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora tratarão o Senhor (a) e o material produzido nos grupos focais com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pelo(a) pesquisador(a), eu _____, RG: _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento **em duas vias**, ficando com a posse de uma delas.

Porto Seguro, ____ / ____ / ____.

Assinatura do participante da pesquisa ou
Representante legal

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE B – Roteiro para o grupo focal 1

ROTEIRO

Introdução

A Estratégia Saúde da Família constitui-se em um espaço privilegiado do Sistema Único de Saúde (SUS) para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de pessoas em situação de violência. Dessa forma, as ações desenvolvidas pelo projeto **AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CUIDADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS VIOLÊNCIAS EM UM MUNICÍPIO DO SUL DA BAHIA** buscam, entre outros objetivos, realizar rodas de conversa, com base na metodologia dos Grupos Focais, possibilitando a identificação de conceitos, percepções, expectativas, motivações, necessidades de um grupo ou grupos específicos (TRAD, 2009). Nesses grupos específicos serão discutidas questões referentes ao enfrentamento da violência no território da abrangência da ESF Arraial Bairro I e II, ESF Wilson Batista I e II, localizado no Distrito Sanitário (DS) do Litoral Sul do município de Porto Seguro.

O objetivo geral da proposta é analisar as práticas de cuidado da Estratégia da Saúde da Família e as abordagens intersetoriais no acolhimento às vítimas de violências em um município do Sul da Bahia. Neste sentido, as perguntas direcionadas aos ACS têm por objetivo compreender como se estruturam os vínculos entre os Agentes e a comunidade no território, e discutir estratégias de práticas de cuidado no enfrentamento da violência.

A estrutura dos roteiros foi organizada tendo em vista as rodas de conversa realizadas nos dias 16 e 23 de novembro e 5 de dezembro de 2017, e 1 de março de 2018, tendo, também, com base nas leituras do referencial teórico e do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, de 2002.

Quadro I - Atividade para exercitar a identificação das expressões-chave nas respostas às perguntas (P1) “*Como eu enfrento a violência?*”, (P2) “*O que me impede de enfrentar a violência?*”.

Expressões-chave

“A justiça é lenta né, às vezes a gente denuncia e não tem carro para buscar, não tem suporte.”
(P1)

“Meus vizinhos de frente, o marido batia muito nela, na terceira vez eu ia denunciar, mas desisti, mas alguém denunciou, mas a culpa foi para mim do mesmo jeito.” (P1)

"Eu não tenho só um caso, eu tenho vários casos. As pessoas mudam da minha área, mas eu denuncio do mesmo jeito. Eu não envolvo secretário, enfermeiro, eu resolvo por minha conta mesmo.” (P1)

“Às vezes você vê e não se importa, ou tem aquele ponto né, “há! Eu vou lá denunciar e depois ela volta.” (P2)

“Às vezes a gente fica sem ter o que fazer, porque teve uma mulher mesmo que até conseguiu o marido ficasse a 300 metros dela mas ele bebia ia lá e batia nela, ia preso e ela ia lá e soltava ele toda vez, então não adianta né, o que eu posso fazer?” (P2)

Fonte: Primeira roda de conversa, realizada com os ACS.

I. Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

1. Como são construídos vínculos de confiança com a comunidade, especialmente aquela que sofre violência no seu território de atuação?
2. Você já se viu impedido(a) de realizar plenamente suas atividades por causa da violência na sua área? Caso tenha, qual foi o suporte dado pela sua rede de apoio?
3. Quais ações e estratégias você desenvolve no primeiro contato com as vítimas de violência e suas famílias?
4. Alguns sinais de violência são facilmente perceptíveis quando você realiza as visitas?
5. Você percebe que há esforço/suporte de outros profissionais de saúde e de outras instituições (como CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, etc.) no combate à violência no seu território?
6. No atual contexto da pandemia, você observa o aumento de casos de violência na UBS que você trabalha? Se sim, quais os tipos de violência?
7. Você notifica os casos de violências no seu território na ficha de notificação do SINAN? () sim, () não. Em caso negativo, quais são os empecilhos para sua realização?
8. Você já teve contato com a Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento para os Diferentes Tipos de Violência que foi distribuída em 2018 pela Rede municipal e utilizou-se dos fluxos como guia para o acolhimento das vítimas? () sim () não.

9. Quais os sentimentos e emoções despendidos frente ao cuidado realizado às vítimas de violência?

APÊNDICE C – Roteiro para o grupo focal 2

ROTEIRO

Introdução

A Estratégia Saúde da Família constitui-se em um espaço privilegiado do Sistema Único de Saúde (SUS) para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de pessoas em situação de violência. Dessa forma, as ações desenvolvidas pelo projeto **AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CUIDADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS VIOLÊNCIAS EM UM MUNICÍPIO DO SUL DA BAHIA** buscam, entre outros objetivos, realizar rodas de conversa, com base na metodologia dos Grupos Focais, possibilitando a identificação de conceitos, percepções, expectativas, motivações, necessidades de um grupo ou grupos específicos (TRAD, 2009). Nesses grupos específicos serão discutidas questões referentes ao enfrentamento da violência no território da abrangência da ESF Arraial Bairro I e II, ESF Wilson Batista I e II, localizado no Distrito Sanitário (DS) do Litoral Sul do município de Porto Seguro.

O objetivo geral da proposta é analisar as práticas de cuidado da Estratégia da Saúde da Família e as abordagens intersetoriais no acolhimento às vítimas de violências em um município do Sul da Bahia. Neste sentido, as perguntas direcionadas para os profissionais da ESF Arraial Bairro I e II e ESF Wilson Batista I e II buscarão entender as percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento às pessoas em situação de violência, abordando os desafios presentes nas ações coordenadas de prevenção.

A estrutura dos roteiros foi organizada tendo em vista as rodas de conversa realizadas nos dias 16 e 23 de novembro e 5 de dezembro de 2017, e 1 de março de 2018, tendo, também, com base nas leituras do referencial teórico e do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, de 2002.

Quadro II - Atividade para exercitar a identificação das expressões-chave nas respostas às perguntas (P1) *“O que a gente pode fazer em termos de fluxo e de assistência?”*, (P2) *“Vocês acham que durante a formação de vocês, se tivessem tido um contato maior com a violência, não só na formação mas na prática, vocês acham que se dariam melhor? Como se percebe isso?”*, (P3) *“O que vocês têm feito que é resolutivo?”* e (P4) *“Como é a relação de vocês com os ACS?”*.

Expressões-chave

"A minha experiência está sendo assim: eu não tenho tempo para perguntar mais. Eu não tenho observado. Talvez por isso eu não encontre." (P1)

"Se entra uma paciente na minha sala e ela começa a reclamar 'estou com dor de cabeça, na coluna, etc', eu paro e pergunto como está a vida dela. Pacientes poliqueixosos normalmente sofrem violência. Aí eu oriento e falo para ela denunciar. Além disso, o que eu posso fazer?" (P1)

"Já aconteceu comigo e eu bati na porta da enfermeira. Não somente com violência, mas com muitos outros casos. Sozinho não consigo fazer nada, isso com certeza. Sou consciente disso." (P2)

"Quando começa a entrar na vida dos pacientes, temos que conseguir a confiança desse paciente para que possamos escutar e ajudar. Não existe uma anamnese dirigida para isso e eles acabam se fechando. Todos os pacientes têm problemas." (P2)

"Tive uma paciente gestante que estava passando por problemas e eu não consegui fazer com que ela se abrisse. Insisti até o último momento, mas não consegui fazer com que ela se abra. Meses depois ela teve o neném, e descobrimos que ela não tinha condições de se sustentar e ela foi para a casa dos pais em outro município." (P2)

"Eu não me sinto capacitado para esse tipo de demandas, essa é a verdade. Me faltam ferramentas ágeis para saber o que fazer. Tento orientar e acolher, chamar o psicólogo, mas não dá certo, na minha formação eu não aprendi lidar com isso." (P2)

"No meu caso, além do conselho tutelar, procuro o Cras que tem psicólogo e assistente social. Em caso de violência contra criança e idoso, mas não no caso de violência sexual contra mulher porque depende dela. Depende dela querer. Claro que em a rede, mas depende da consciência dela querer." (P3)

"O contato com o ACS acaba sendo com os enfermeiros. Eles só procuram médico quando querem atestado, formulário, receita. O conversar geralmente é direcionado às enfermeiras." (P4)

Fonte: Segunda roda de conversa, realizada com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogo, Superintendente de Atenção Básica).

II. Profissionais de Saúde da Atenção Primária

1. Como profissional de saúde você constrói vínculos afetivos de confiança com a comunidade que sofre violência no seu território de atuação? () sim () não.

2. Você realiza ou incentiva a cultura de paz no seu território? Se sim, quais as ações e estratégias que você desenvolve?

3. Existem ações multisetoriais complementares (que agem de forma coordenada) que fortalecem efetivamente as ações de prevenção contra a violência?
4. No atual contexto da pandemia, você observa o aumento de casos de violência na UBS que você trabalha? Se sim, quais os tipos de violência?
5. Como instrumentalizar os profissionais de saúde na abordagem de problemas complexos, como casos de violência, que fogem à lógica biologicista da atenção à saúde?
6. Você realiza a notificação e encaminhamento das vítimas de violências? Como se dá esse processo de disponibilização das informações (preenchimento de fichas, organização de fluxos e protocolos) na construção de uma rede de proteção?
7. Qual o papel da equipe (Estratégia da Saúde) frente às situações de violência?
8. Existe dificuldade na abordagem à vítima da violência pelos profissionais que compõem a equipe? Se sim, o que pode ser proposto para assegurar o acolhimento?
9. Você já teve contato com a Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento para os Diferentes Tipos de Violência que foi distribuída em 2018 pela Rede municipal e utilizou-se dos fluxos como guia para o acolhimento das vítimas? () sim () não.
10. Quais os sentimentos e emoções despendidos frente ao cuidado realizado às vítimas de violência?

APÊNDICE D – Roteiro para o grupo focal 3

ROTEIRO

Introdução

A Estratégia Saúde da Família constitui-se em um espaço privilegiado do Sistema Único de Saúde (SUS) para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de pessoas em situação de violência. Dessa forma, as ações desenvolvidas pelo projeto **AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CUIDADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS VIOLÊNCIAS EM UM MUNICÍPIO DO SUL DA BAHIA** buscam, entre outros objetivos, realizar rodas de conversa, com base na metodologia dos Grupos Focais, possibilitando a identificação de conceitos, percepções, expectativas, motivações, necessidades de um grupo ou grupos específicos (TRAD, 2009). Nesses grupos específicos serão discutidas questões referentes ao enfrentamento da violência no território da abrangência da ESF Arraial Bairro I e II, ESF Wilson Batista I e II, localizado no Distrito Sanitário (DS) do Litoral Sul do município de Porto Seguro.

O objetivo geral da proposta é analisar as práticas de cuidado da Estratégia da Saúde da Família e as abordagens intersetoriais no acolhimento às vítimas de violências em um município do Sul da Bahia. Nesse sentido, as perguntas têm a intenção de compreender o que os diversos setores da Rede de Saúde e de entidades que lidam com o tema, entendem sobre a importância da atuação de redes intersetoriais e articulação das práticas, voltadas às vítimas de violências, nas ações desenvolvidas por essas instituições.

A estrutura dos roteiros foi organizada tendo em vista as rodas de conversa realizadas nos dias 16 e 23 de novembro e 5 de dezembro de 2017, e 1 de março de 2018, tendo, também, com base nas leituras do referencial teórico e do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, de 2002.

Quadro III - Atividade para exercitar a identificação das expressões-chave nas respostas à pergunta (P1) *“O que a gente pode fazer em termos de fluxo e de assistência?”*, (P2) *“Quando eu vejo uma violência ser praticada, como ajo?”*, (P3) *“Se nós não sabemos lidar com isso, o que fazer? Capacitação? Cursos?”*

Expressões-chave

"O grande problema que temos hoje em porto seguro é a falta da casa de passagem. Eu não posso levar a menina para minha casa. [...] Quando a criança é abusada por um pai, é tão triste a forma que recebem. Então nós estamos de novo abusando desse adolescente. Então toda essa questão que chega de criança e adolescente, trabalha comigo. O objetivo é que não haja mais abuso a partir dali com aquele adolescente, que ele não sofra mais a partir dali. Aí eu peço ao juiz a prisão do acusado, mas também não acaba ali. Precisa do apoio das outras instituições para que isso ocorra." (P1)

"Tem coisas que foge da nossa alçada. [...] Antes tínhamos duas instituições, o Apare e o Acolher. Uma no Agrovila e outra em Coroa. O município já alugou uma casa na orla para acolhimento da criança, isso já está em andamento. A cada 15 dias o CREAS vem atender em arraial, mas todo mundo sabe o que acontece né?! Não tem transporte." (P1)

"A gente trabalha lá por escrito mesmo. Quando há uma denuncia o pessoal passa pra mim, eu leio, quando é simples. Mas quando é grave o ministério tutelar." (P2)

"Isso (*oficialização das denúncias*) não acontece porque não tem uma rede segura para proteger esses profissionais." (P2)

"Nós precisamos nos educar, conscientizar e sair da zona de conforto. [...] O menino que mataram tem uns 3 meses, a mãe foi me procurar, ele foi me procurar. Eu sentei e conversei com ele, e perguntei o porquê ele tá na rua e ele falou que o padrasto dele não gostava dele. Aí ele contou que ele comia numa moitinha que a mãe dele levava a comida dele num potinho. Então essa consciência deve ser fortalecida, precisamos ligar, precisamos denunciar." (P3)

Fonte: Terceira e quarta rodas, com as 4 equipes compostas pelos profissionais da RAS, pelos ACS, Conselho Tutelar, CRAS, NEPS, CRAM, CREAS, Defensoria Pública.

III. CREAS, CRAS, CRAM, CI, CT, CM, DEAM

1. De que forma a rede intersetorial atua no acolhimento às vítimas da violência no território? Quais as dificuldades, barreiras e abordagens.

2. Na sua percepção e considerando as necessidades das pessoas em situação de violência, quais ações poderiam minimizar reviver os traumas sofridos? Quais propostas são possíveis agregar para atender as necessidades das vítimas de violências?

3. Como assegurar o compromisso ético no cuidado (sigilo, encaminhamentos, notificações, relatórios) no enfrentamento dos casos de violência em seu território?

4. Como uma abordagem da saúde pública pode contribuir com ações que minimizem os quadros de violência no território?

5. Vocês tiveram contato com a Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento para os Diferentes Tipos de Violência que foi distribuída em 2018 pela Rede municipal e utilizou-se dos fluxos como guia para o acolhimento das vítimas? () sim () não.

6. Quais os sentimentos e emoções despendidos frente ao cuidado realizado às vítimas de violência?

APÊNDICE E – Unidades Significantes, categorias e subcategorias de análise do GF1 (ACS)

Unidades Significantes	Categoria	Subcategoria
(US1): Vínculos de confiança com as comunidades	Fragilidade do modelo de atenção biopsicossocial na abordagem no processo de trabalho	Consolidação de vínculos no acolhimento e escuta às violências
(US2): Processo de trabalho em território vulnerável	Complexidade de escuta interdisciplinar	Violências e suporte da RAS às equipes multiprofissionais
(US3): Primeiro contato, acolhimento e estratégias: vítimas e famílias	Construção de linguagem comum e orientações para a prática em serviço	Estratégias no território
(US4): Sinais de violências: o visível e o invisível na percepção	Mantendo o silêncio e legitimando costumes	Invisibilidade e exclusão social
(US5): Intersetorialidade no acolhimento às violências	Fragilidade na promoção da Cultura de Paz e ações intersetoriais	Reforço de ações multissetoriais para acolher as vítimas de violências
(US6): O impacto da pandemia nos casos de violência no território	Impactos da pandemia da Covid-19 e descontinuidade de ações	Medo, estresse, frustração e descontinuidade das estratégias durante a pandemia
(US7): Notificação, práticas e obstáculos	Subnotificação e invisibilidade das violências	Dificuldades enfrentadas para notificar casos de violências: confusão entre notificar e denunciar
(US8): Cartilha como guia para o acolhimento e encaminhamento das vítimas de violências	Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento dos Diferentes Tipos de Violência	Institucionalização e validação do guia para o acolhimento das vítimas pela gestão
(US9): Sentimentos e emoções frente ao atendimento às vítimas de violências	Percepções dos ACS: às violências: angústia em relação às ações abusivas	Sensibilidade e empatia no acolhimento

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE F – Unidades Significantes, categorias e subcategorias de análise do GF2 (Profissionais da ESF)

Unidades Significantes	Categoria	Subcategoria
(US1): Vínculos de confiança com as comunidades	Fragilidade do modelo de atenção biopsicossocial na abordagem no processo de trabalho	Formação de vínculos no acolhimento às violências
(US2): Estratégias Intersetoriais de promoção e prevenção	Fragilidade na Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais	Reforço de ações multisetoriais e de educação permanente no processo de trabalho
		Organização e estrutura de serviços para acolher as vítimas de violências
(US3): Casos de violências na pandemia	Impactos da pandemia da Covid-19 e descontinuidade de ações	Reorganização do processo de trabalho na ESF
(US4): Instrumentalização do Processo de Trabalho	Instrumentalização Profissional frente aos problemas complexos	Manejo clínico às violências: fluxos, abordagem e acolhimento
(US5): Notificação, práticas e obstáculos	Subnotificação e invisibilidade das violências	Organização de fluxos e protocolos na construção de uma rede de proteção
(US6): Sentimentos e emoções frente ao atendimento às vítimas de violências	Percepções dos profissionais da ESF: medo, impotência e angústia	Sensibilidade e empatia no acolhimento
(US7): Barreiras e desafios na abordagem no acolhimento às vítimas de violências	Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento dos Diferentes Tipos de Violência	Institucionalização e validação do guia para o acolhimento das vítimas pela gestão

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE G – Unidades Significantes, categorias e subcategorias de análise do GF3 (Rede intersetorial)

Unidades Significantes	Categoria	Subcategoria
(US1): Intersetorialidade no acolhimento às violências: barreiras e dificuldades	Participação, intersectorialidade, prática e ações	Rotatividade profissional, logística, recursos financeiros, estruturas físicas inadequadas
(US2): Traumas das violências: ações intersectoriais no atendimento	O lugar da vítima	Violência institucional e sua correlação com a reviolência
(US3): Aspectos éticos na abordagem às violências	Subnotificação e invisibilidade das violências	Dificuldades enfrentadas para notificar casos de violências
(US4): Violências como um problema de Saúde pública	Banalização das violências e problema para a saúde	O setor saúde e a violência como um fenômeno social
(US5): Cartilha como guia para o acolhimento e encaminhamento das vítimas de violências	Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento dos Diferentes Tipos de Violência	Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento dos Diferentes Tipos de Violência
(US6): Sentimentos e emoções frente ao atendimento às vítimas de violências	Percepções da Rede Intersetorial: raiva, frustração, angústia, desespero, esperança, impotência e resiliência	Sensibilidade e empatia no acolhimento

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE H – Categorias e subcategorias selecionadas a partir dos grupos focais

Categoria	Subcategoria
Fragilidade do modelo de atenção biopsicossocial na abordagem no processo de trabalho	Formação de vínculos no acolhimento às violências
	Consolidação de vínculos no acolhimento e escuta às violências
	Rotatividade profissional, logística, recursos financeiros, estruturas físicas inadequadas
Subnotificação e invisibilidade das violências	Dificuldades enfrentadas para notificar casos de violências
	Organização de fluxos e protocolos na construção de uma rede de proteção
Cartilha de Abordagem para o Enfrentamento dos Diferentes Tipos de Violência	Institucionalização e validação do guia para o acolhimento das vítimas pela gestão
Impactos da pandemia da Covid-19 e descontinuidade de ações	Medo, estresse, frustração e descontinuidade das estratégias durante a pandemia
	Reorganização do processo de trabalho na ESF
O local da vítima: a violência institucional e a correlação com a reviolência	Violência institucional e sua correlação com a reviolência

Fonte: Elaborado pela autora

ANEXO A – Termo de anuência institucional

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Seguro, concorda com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa “**AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CUIDADO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS VIOLÊNCIAS EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL DA BAHIA**” sob responsabilidade de Maria da Conceição Julião Badaró, enfermeira, referência técnica do Núcleo de Educação Permanente, da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Seguro e aluna do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (PROFSAUDE/UFSB), e sob orientação da Prof.^a Dr.^aLina Rodrigues Faria, docente do PROFSAUDE/UFSB, a se realizar durante os anos de 2021 e 2022 após aprovação do CEP da UFSB, com os profissionais das equipes de saúde nas 02 unidades de saúde da Família (Arraial Bairro I e II e Wilson Batista I e II), no distrito sanitário de Arraial D’ajuda do município de Porto Seguro-BA.

Porto Seguro, 29 de Junho de 2021.


Raissa Oliveira A. de Melo Soares
Secretária Mun. de Saúde
Decreto Nº 11 366/21

Raissa Oliveira Azevedo De Melo Soares
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO B – Cartilha de abordagem para o enfrentamento dos diferentes tipos de violências

**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/ MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO SEGURO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA**

Elaboração, distribuição e informações:

PET-SAÚDE

Equipe Atenção Básica

Eixo Violência

Coordenação: Lina Faria, Josiany Rodrigues Garcia e Maria da Conceição Julião Badaró.

Bolsistas: Maiana Ferraz Santos Silva, Carina Oliveira de Carvalho.

Voluntários: Brenda de Brito Peito, Caio Guerra, Giovana Bernardes, Milena Amaral Melo.

Colaboradoras: Syla Mara Ribeiro de Resende.

Agradecimentos:

Centro de Referência de Assistência Social - CRAS - Arraial Bairro

Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

Centro de Referência ao Atendimento à Mulheres - CRAM

Conselho Tutelar 1

Conselho Municipal do Idoso

Unidade de Saúde da Família - Arraial Bairro I, II, III e IV

Vigilância em Saúde de Porto Seguro

Rede de Urgência e Emergência (Unidade de Pronto Atendimento - UPA Arraial D'Ajuda e Frei Calixto)

Central de regulação, controle, avaliação e auditoria

Tratamento Fora Domicílio - TFD

Departamento de Atenção Básica

**PROIBIDA A VENDA E CÓPIA. DISTRIBUIÇÃO DESTE MATERIAL PELA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO SEGURO-BA**

Link para acesso: [Cartilha violência](#)

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CUIDADO DAS EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS VIOLÊNCIAS EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL DA BAHIA
Pesquisador Responsável: MARIA DA CONCEICAO JULIAO BADARO
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 49912521.0.0000.8467
Submetido em: 24/08/2021
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1785041