

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

RAFAELLE DANTAS BEZERRA

**ABORDAGEM INTERSETORIAL E INTEGRADA A MULHERES EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA
PESQUISA-AÇÃO**

**FORTALEZA – CEARÁ
2023**

RAFAELLE DANTAS BEZERRA

ABORDAGEM INTERSETORIAL E INTEGRADA A MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PESQUISA-
AÇÃO

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca examinadora do
Mestrado Profissional em Saúde da Família,
da Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família, Fundação Oswaldo Cruz –
FIOCRUZ/CE.

Orientadora: Vanira Matos Pessoa

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do
Cuidado em Saúde

FORTALEZA – CEARÁ

2023

B574a Bezerra, Rafaelle Dantas.
Abordagem Intersetorial e Integrada a Mulheres em Situação de Violência Doméstica na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação / Rafaelle Dantas Bezerra. -- 2023.
128 f. : il.color, mapas.

Orientadora: Vanira Matos Pessoa.
Dissertação (Mestrado Profissional em Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde (RENASF)) - Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz Ceará, Eusébio, 2023.
Bibliografia: f. 89-96.

1. Violência doméstica contra a mulher. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Atenção Integral à Saúde da Mulher. 4. Pesquisa-ação. I. Título.

CDD 302.23

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Camila Victor Vitorino Holanda - CRB-1126
Biblioteca Fiocruz Ceará

RAFAELLE DANTAS BEZERRA

ABORDAGEM INTERSETORIAL E INTEGRADA A MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA PESQUISA-AÇÃO

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca examinadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/CE.

Data: 23/03/2023

Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Vanira Matos Pessoa
Orientadora
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/CE

Prof.^a Dra. Fernanda Mendes Lages Ribeiro
Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/CE

Prof. Dr. Fernando Ferreira Carneiro
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/CE

A Deus, por ter sido meu refúgio e a minha fortaleza em todos os momentos, por todas as oportunidades que têm me dado, ofertando-me muito mais do que eu poderia sonhar. Aos meu pais, Arquimedes e Fátima, que continuam acreditando no meu potencial. A minha avó Maria Angelim que continua orgulhosa da “menina dela”. *In memoriam* dos meus avôs maternos, Teresinha Cavalcante e José Carneiro, que estão comigo nessa conquista, no plano espiritual.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, pela oportunidade que estou tendo de realizar mais um sonho. Hoje, assim como há 11 anos, posso dizer que venci mais uma importante batalha de minha vida profissional.

Aos meu pais, Arquimedes e Fátima, a quem honro, por permaneceram no enorme esforço de manter os filhos, e agora o neto, no caminho da educação e cidadania. Obrigada, Painho e Mainha, pelo apoio incondicional de sempre.

Ao meu marido Alisson que sempre esteve me apoiando em todas as minhas jornadas acadêmicas deste a graduação, obrigada pelas palavras de sabedoria e os conselhos que me deram forças para continuar. Aos meus irmãos Danielle, Arquimedes Júnior e Iara Gabrielle, pelo acompanhamento e apoio. Ao meu sobrinho Samuel que me fez entender a importância de estarmos unidos enquanto família.

A minha orientadora Vanira Matos Pessoa que, acreditando no meu trabalho, quando eu mesma não acreditava, incentivou, permitiu-me a liberdade necessária para manter os trabalhos acadêmicos e as atividades profissionais, conduziu-me a maiores reflexões e, desta forma, enriquecendo-me de conhecimento. Minha especial admiração e gratidão.

Aos meus professores e colegas de caminhada que seguiram comigo nessa árdua estrada do conhecimento, deixo o meu até breve.

Aos profissionais dos serviços públicos e mobilizadores sociais que tão ativamente se dispuseram a participar e contribuir com o momento de construção coletiva em prol das nossas muncípes. Por fim, às mulheres do meu município, essa luta é na expectativa de termos nossa dignidade íntegra e inviolável.

RESUMO

Introdução: A Violência Contra a Mulher se configura como qualquer ato ou conduta que cause danos, sofrimento ou morte; tem origem na discriminação ou inferiorização da mulher pela questão do gênero, com as relações desiguais de poder. Constitui um dos mais preocupantes problemas de saúde pública da atualidade, pois atinge todos os ciclos de vida da mulher e aumenta os índices de morbidade e mortalidade nessa população. A desigualdade de gênero em âmbito familiar ainda é muito significativa. Quando discutimos sobre a violência contra a mulher, o maior risco de agressão é por parte de esposos, companheiros, namorados e ex-namorados. A Atenção Primária à Saúde é uma das principais portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde para as mulheres em situação de violência doméstica. Esta pesquisa aborda a temática da violência contra a mulher, considerando o papel das equipes de Saúde da Família..

Objetivo geral: Elaborar, participativamente e de forma intersetorial, um plano de ação com foco na abordagem da violência doméstica contra a mulher que possa ser aplicada na Estratégia Saúde da Família de um município do sertão cearense.

Metodologia: Pesquisa com abordagem qualitativa. Realizou-se pesquisa-ação, método que possibilita o engajamento sociopolítico do pesquisador e dos participantes a serviço de problemas de caráter popular. A coleta de dados foi no município de Boa Viagem/CE, Brasil, e deu-se durante a construção de um plano de ação em seis seminários com 29 participantes, representantes multiprofissionais dos setores: saúde, assistência social, educação, controle social. Os seminários foram gravados em mídias áudio visual. A análise foi submetida à técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo parecer Nº 5.329.687. **Resultados e Discussão:** O grupo definiu a compreensão da violência doméstica contra a mulher com as palavras: preconceito, medo e cultura. A discussão seguiu com a preocupação de alinhamento de ações intersetoriais conjuntas entre os setores, como possibilidades de atendimentos individuais e grupais preventivos, inserindo o agressor nas ações de prevenção. Ações de inibição à reincidência da violência foi muito discutida, assim como a reativação do conselho municipal de direito das mulheres. Os seminários permitiram a formação de ambiente reflexivo, em que cada participante se reconheceu no papel de ator social e com responsabilidade dentro do serviço, assim como a importância do protagonismo da APS no enfrentamento da VDCM.

Considerações finais: Refletiu-se acerca da importância da discussão em grupo para realização de mudanças e construção de novas práticas, do trabalho em rede, de forma intersetorial. Os diferentes saberes sobre o fenômeno da VDCM permitiram à APS mais segurança para se tornar espaço de acolhimento, identificação, escuta e encaminhamento qualificado às mulheres. Os produtos do grupo, um plano de ação e um fluxograma, estão sendo implantados e auxiliarão o município no enfrentamento da VDCM.

Palavras-chave: Violência doméstica contra a mulher; Estratégia Saúde da Família; Atenção Integral à Saúde da Mulher; Pesquisa-ação.

ABSTRACT

Introduction: Violence Against Women encompasses any act or behavior causing harm, suffering, or death, rooted in gender-based discrimination and the unequal power relations affecting women. It stands as a major and concerning public health issue, impacting all stages of women's lives and escalating morbidity and mortality rates within this population. Gender inequality within the family remains significant, particularly in the context of discussing violence against women, with the highest risk of aggression emanating from spouses, partners, boyfriends, and ex-boyfriends. Primary Health Care (PHC) serves as a key entry point into the Health Care Network for women experiencing domestic violence. This research aims to contribute to the discourse by exploring the role of Family Health Teams in the context of Domestic Violence Against Women. **Overall Objective:** To collaboratively develop an intersectoral action plan addressing domestic violence against women, applicable in the Family Health Strategy (FHS) of a municipality in the hinterland of Ceará, Brazil. **Methodology:** Qualitative research with an action-oriented approach was employed. A participatory action research method engaged researchers and participants in addressing popular issues. Data collection took place in Boa Viagem/CE during the creation of an action plan through six seminars involving multiprofessional representatives from health, social assistance, social control, and education, totaling 29 participants. Seminars were recorded on audiovisual media. Data analysis utilized Bardin's Content Analysis technique. The research adhered to the guidelines of Resolution 466/2012 and 510/2016 of the National Health Council and was approved by the opinion No. 5,329,687 from the Research Ethics Committee of IFCE. **Results and Discussion:** The group defined its understanding of Domestic Violence Against Women (DVAW) using the terms prejudice, fear, and culture. Discussions emphasized the need for joint intersectoral actions, including possibilities for individual and group preventive interventions, involving the aggressor in these prevention efforts. Strategies to inhibit violence recurrence and the reactivation of the municipal women's council were extensively discussed. The seminars fostered a reflective environment, allowing each participant to recognize their role as a social actor and their responsibility within the service, highlighting the crucial role of PHC in addressing DVAW. **Conclusion:** This research prompts reflection on networked, intersectoral work and the importance of group discussion for implementing changes and developing new practices. Diverse perspectives on this phenomenon will provide PHC and various sectors with the confidence to become spaces for identification, listening, and qualified referrals for women. The action plan and flowchart will assist the municipality in addressing DVAW.

Keywords: Domestic violence against women; Family Health Strategy; Comprehensive Women's Health Care; Action Research

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Ciclo da violência doméstica contra a mulher	23
Figura 2 - Fases da Pesquisa-ação, segundo Thiollent.....	37
Figura 3 – Entendimento Inicial do Grupo Condutor: nuvem de palavras.....	54
Figura 4 – Fluxograma de atendimento a mulher em situação de violência doméstica	80
Figura 5 - Avaliação dos Seminários em Nuvem de Palavras sobre a integração intersetorial	82
Figura 6 – Análise de similitude em nuvem de palavras emergida das avaliações dos seminários.....	83
Figura 7 - Análise de Similitude da avaliação dos participantes em relação aos seminários.....	111
Figura 8 - Análise de Similitude da avaliação dos participantes em relação aos seminários.....	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Legislações para o enfrentamento da violência contra a mulher.....	24
Quadro 2 - Número de participantes convidados na fase exploratória por serviços.	39
Quadro 3 - Legenda de identificação dos participantes da pesquisa	40
Quadro 4 - Etapa e período do estudo	45
Quadro 5 - Plano de ação: abordagem às mulheres situação de violência doméstica na Estratégia de Saúde da Família.....	75
Quadro 6 - Avaliação da dinâmica de Tarjetas: Que bom, que tal, que pena	84
Quadro 7 – Planejamento para coleta de dados	104
Quadro 8 - Descritivo das dinâmicas desenvolvidas durante a coleta de dados	107
Quadro 9 - Caracterização do perfil dos participantes	108
Quadro 10 – Roteiro de entrevistas para as rodas de debates	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de cobertura da ESF, 2020	38
Tabela 2 - Caracterização dos participantes do grupo condutor quanto ao sexo, à faixa etária, escolaridade e ocupação. (n = 29)	49

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
AS	Análise de Similitude ou de Semelhanças
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CMM	Conselho Municipal da Mulher
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CRI	Centro de Reabilitação Integrada
CRM	Centro de Referência para a Mulher
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EqSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MA	Metodologias Ativas
ONDH	Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PP	Pesquisa Participativa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional Atenção Integral à Saúde da Mulher
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIVA	Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes
VCM	Violência Contra a Mulher
VDCM	Violência Doméstica Contra a Mulher

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	20
3.1 Geral	20
3.2 Específicos	20
4 REVISÃO DE LITERATURA	21
4.1 Contextualizando a violência de gênero no âmbito doméstico	21
4.2 O papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na abordagem às mulheres em situação de violência	26
4.3 Sistema de Vigilância em Saúde e as notificações de violência	29
4.4 VDCM e a pandemia da COVID-19	31
5 MÉTODO	33
5.1 Referencial metodológico do estudo	33
5.2 Tipo de estudo	35
5.3 Local do estudo	37
5.4 Fase exploratória e definição dos participantes do estudo	38
5.5 Limitações do estudo	42
5.6 Planejamento	42
5.7 Seminários: o caminho percorrido com o grupo condutor na geração dos dados	43
5.8 Plano de ação	44
5.9 Avaliação e divulgação externa	44
5.10 Análise dos dados e produção de informações	46
5.11 Aspectos éticos, cuidados e proteção dos participantes	47
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
6.1 Perfil dos participantes	49
6.2 O contexto da VDCM no território: desafios e potencialidades	50
6.3 A APS no diálogo intersetorial: reconhecendo a rede de apoio e proteção às mulheres em situação de violência doméstica	63
6.4 As propostas do Plano de ação para abordagem intersetorial e integrada da VDCM no município	69

6.5 Da consciência ingênua para construção de uma consciência emancipadora e plural	80
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	97
APÊNDICE B – CRONOGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	101
APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE..	103
APÊNDICE D – QUADRO DE ATIVIDADES REALIZADAS NOS SEMINÁRIOS..	104
APÊNDICE E – DINÂMICAS UTILIZADAS NA COLETA DE DADOS	107
APÊNDICE F – FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES	108
APÊNDICE G – ROTEIRO COM AS PERGUNTAS ORIENTADORAS DOS SEMINÁRIOS	109
APÊNDICE H – PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA OS ENCONTROS DO ESTUDO “ABORDAGEM ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	110
APÊNDICE I – ÁRVORE DE SIMILITUDE	111
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	113
ANEXO B – MAPA DE BOA VIAGEM/CE	120
ANEXO C – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA.....	121
ANEXO D - CARTAS DE AVALIAÇÃO - O QUE ESTOU LEVANDO PARA O MEU SERVIÇO?.....	123

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), o contato inicial do paciente com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Mendes, 2011). Contudo, tem ações ainda limitadas quanto à resolução de alguns atendimentos específicos dentro da Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), entre os quais é de grande relevância a violência doméstica contra a mulher. Esse problema é pouco compreendido pelos profissionais de saúde e analisado pela rede primária como de contexto complexo, ficando ainda mais silenciada, principalmente, no período pandêmico (Barbosa *et al.*, 2020).

A Atenção Básica é a coordenadora do cuidado na RAS, ofertando assistência transversal e integral, realizada por equipe multiprofissional. O principal objetivo desse ponto de atenção é a integração e a organização das práticas em saúde em território delimitado e adscrito, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados como prioritários nas comunidades assistidas, conforme estabelecido nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017a).

Um das estratégias a serem utilizadas pelas equipes de Saúde da Família (EqSF) é o planejamento de ações, considerando a articulação intersetorial e a resolução das necessidades de saúde da população assistida, reafirmando os princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 2017a). Os usuários do serviço recebem acompanhamento de forma multiprofissional, com avaliação nas dimensões coletivas, e as tomadas de decisões devem ocorrer entre equipes-usuários de forma horizontal.

Entre os serviços ofertados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), são asseguradas as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Elaborada em 2004, tem como objetivo implantar ações voltadas, exclusivamente, para a saúde da mulher no SUS. As diretrizes visam atender a um modelo de atenção voltado às mulheres, respeitando os direitos como usuárias (Brasil, 2015b).

A ESF, como coordenadora da RAS, deve assegurar a implantação das diretrizes da PNAISM nas rotinas, garantindo que todas as mulheres sejam atendidas nos territórios de abrangência, de forma a garantir melhores condições de vida e maior acesso aos serviços de saúde, com qualidade e humanização, em todos os ciclos de

vida e para qualquer demanda, incluindo as condições evitáveis, como as violências interpessoais (Brasil, 2015b).

Estudos apontam que há resistência por parte da ESF em tratar de alguns temas complexos, sendo um deles a Violência Doméstica Contra a Mulher (VDCM). A grande demanda de atendimentos, a carência de treinamento profissional para identificação destes casos e os poucos recursos ofertados para que haja acolhimento qualificado para o atendimento às mulheres em situação de violência torna a problemática socialmente obscurecida e o atendimento fragmentado (Feitosa *et al.*, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1996, p.5), a violência pode ser definida como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A Violência Contra a Mulher (VCM) se configura como qualquer ato ou conduta que cause danos, sofrimento ou morte e tem origem na discriminação ou inferiorização da mulher pela questão do gênero e das relações desiguais de poder. A violência doméstica tem como característica ser proferida por algum membro da família e entre os principais agressores estão os parceiros íntimos (Brasil, 2016a).

A VDCM é definida pela Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006, Lei Maria da Penha, no art. 5º como “[...]configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial[...]” (Brasil, 2006, p. 2).

A VDCM pode ser cometida dentro ou fora de casa, e se coloca como fenômeno que atinge os mais diferentes perfis de mulheres, não tendo distinção de classes sociais, religiões, estados civis, escolaridades, raças/etnias, entre outros. Constitui um dos mais preocupantes problemas de saúde pública da atualidade, pois atinge todos os ciclos de vida da mulher e aumenta os índices de morbidade e mortalidade nessa população (Brasil, 2016b).

Percebe-se que a sociedade “naturalizou” ou “banalizou” a violência, fazendo com que esta faça parte do nosso cotidiano, passou-se a se adaptar a conviver com situações violentas, principalmente quando ela vem do âmbito intradomiciliar. Essa

naturalização é grave e adoecedora para as mulheres, que são educadas deste cedo a negar os desejos e a se colocar em uma posição de obrigatoriedade de cuidar do outro (Barbosa *et al.*, 2020).

A OMS revelou que, em 2019, 30% das mulheres do mundo já passaram pela experiência de violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2020b), na publicação do Atlas da Violência 2020, no ano de 2018, 4.519 mulheres foram assassinadas no Brasil, apontando taxa de 4,3 homicídios para cada 100 mil habitantes do sexo feminino, com equivalência de uma mulher assassinada a cada duas horas no Brasil, sendo que a cada 6:23h uma mulher é morta dentro de casa.

O comprometimento com a redução da VDCM não pode ocorrer somente por parte dos órgãos de assistência social ou das entidades feministas, deve ser de toda a sociedade, principalmente a saúde, que é, por muitas vezes, o setor mais próximo dessas mulheres, sobretudo nas comunidades mais remotas. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) deveriam ser a porta de entrada para as mulheres em situação de violência doméstica e os primeiros centros públicos à assistência à saúde que essas mulheres deveriam buscar como apoio (Guedes; Fonseca; Egry, 2013).

Zuchi *et al.* (2018) colocam que em casos de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica, a criação de vínculo de confiança é de suma importância para continuidade do atendimento, fator que permite que os profissionais a acolham em suas necessidades, façam perguntas e proponham condutas diretas à mulher. O estudo ainda afirma que um dos ambientes considerados mais promissores, seguros e sigilosos para esse tipo de abordagem é o da ESF, em consultórios de consultas privativas dos profissionais de nível superior ou em visitas domiciliares.

No entanto, os profissionais da ESF estão preparados para a racionalidade técnica e pouco para abordagem de complexidade social, como requer a VDCM. É de responsabilidade da ESF inserir nos territórios ações de promoção, prevenção, identificação e segmento de cuidados às mulheres em situação de violência doméstica. É necessário que esses profissionais (re)construam as práticas e se vejam como sujeitos críticos de uma nova concepção que abranja prática permeada de um pensamento político, crítico e emancipado e que considere a ação coletiva como fundamental (Ferreira *et al.*, 2021).

A VCM é um evento que possui dinâmica multifacetada, pode ser caracterizada como fenômeno complexo que exige esforço coletivo dos diversos órgãos, governamentais e não governamentais. Por isso, urge compreender o conceito de intersetorialidade como a “interligação” ou “articulação” de atores sociais que buscam fortalecer políticas públicas, por meio da descentralização da implementação de ações de enfrentamento desse problema social (Couto *et al.*, 2018).

A intersetorialidade deve ser compreendida como parceria entre os diversos setores da sociedade que buscam estratégias e práticas coletivas que visem assistência integrada e transversal do problema, “reconstruindo” e “ressignificando” as políticas sociais, principalmente no setor saúde. É fundamental que a APS se reconheça como parte essencial da rede intersetorial, para que seja possível a construção de uma atenção integral.

Diante do explanado, a pesquisa-ação aplicada à APS e frente ao contexto da VDCM permite construir um (re)conhecimento produtivo da prática assistencial e de como reduzir a fragmentação do cuidado e da assistência prestada à mulher em situação de violência nos territórios. A pesquisa-ação possibilita tomada de consciência dos agentes envolvidos, e assim seja possível a transformação da prática, garantindo acesso mais qualificado e tomada de decisão mais assertiva na assistência prestada às mulheres.

A partir dessa reflexão, este estudo indagou: como os profissionais da APS realizam o acolhimento, a abordagem e o segmento assistencial das mulheres em situação de violência doméstica que buscam atendimento nas UBS?

Pressupõe-se que é necessário compreender os saberes e as práticas dos profissionais da ESF, com ênfase nas abordagens a VDCM, no âmbito da APS, e com podem conduzir a processos mais efetivos e de forma intersetorial a essas mulheres. Percebendo que estudos apontam assistência primária voltada ao tratamento de eventos agudos e biologicistas do fenômeno da VDCM, sem considerar a real importância do problema. Diante disso, a abordagem às práticas assistenciais e de promoção desenvolvidas atualmente pelos profissionais da ESF deverão ser pautadas na PNAISM e devem considerar esse fenômeno social, de olhar intersetorial, como fundamental à práxis da APS.

2 JUSTIFICATIVA

A violência doméstica repercute diretamente na saúde da mulher e na qualidade de vida dela. É um problema complexo, presente e recorrente nos serviços de saúde. É considerada grande problema social e de saúde pública, que afeta a população feminina e a estrutura familiar, no que diz respeito à saúde física, psicológica, sexual, social e econômica (Andrade; Fonseca, 2008).

Este estudo justifica-se pela necessidade de qualificar a linha de cuidado e os fluxos de atendimento à mulher em situação de violência que são atendidas pela ESF. O interesse pela temática da VDCM surgiu mediante a atuação da autora/pesquisadora, enquanto enfermeira da ESF, em UBS, em cidades do sertão central do estado de Ceará, pelo período de oito anos, como Orientadora da Célula de Gestão do Cuidado na Região de Saúde do Sertão Central, por dois anos.

A escolha do tema está diretamente vinculada à prática vivenciada enquanto enfermeira, gestora em saúde pública e nas trocas de experiências com colegas profissionais de saúde inseridos na rede de assistência. Por muitas vezes, a autora/pesquisadora esteve participando de reuniões de equipe (s), em que se discutiam sobre as dificuldades de realizar a abordagem e o segmento da VDCM nos territórios, percebia-se a ausência de preparo e qualificação técnico-científica para esse perfil de abordagem, escassez de fluxo municipal descrito para a linha de cuidado e desconhecimentos de atores intersetoriais que fossem sinalizados como parceiros.

Outro forte impulso para o estudo dessa temática ocorreu pelas atuações da autora no contato com mulheres nas consultas de rotina de pré-Natal, atendimento ginecológico ou mesmo em simples consulta de acolhimento. Foi possível perceber que, por muitas vezes, as usuárias tentavam buscar ajuda, compartilhando episódios vividos dentro dos lares. Violência física, psíquica, moral ou mesmo patrimonial eram relatadas. O histórico de muitos anos de ameaças e medo eram expostos como pedido de aconselhamento ou mesmo de socorro.

Enquanto profissional enfermeira da ESF, foi, por muitas vezes, vista como a pessoa de apoio para essas mulheres naquele momento, contudo, nunca esteve preparada para receber e dar devolutiva à altura da problemática. Visto isso, motivou-

se a aprofundar os conhecimentos sobre o tema e estudar o fenômeno da VDCM, como contribuição à prática e à rede de assistência na qual está inserida.

Iniciou os estudos e segue hoje como mestranda da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, na Linha de Pesquisa de Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde, na tentativa de ofertar como devolutiva ao território uma construção coletiva e intersetorial, que contribua para o fortalecimento da linha de cuidado de enfrentamento da VDCM e, assim, ofertar atendimento mais integral às mulheres do município.

Percebe-se que um debate de caráter interdisciplinar e intersetorial sobre essa temática se torna importante para a abertura de espaços de discussão e apoio à problemática e a elaboração de ações preventivas e de promoção à saúde da mulher, de forma que os casos de VDCM sejam diagnosticados, notificados e, principalmente, conduzidos, de modo a assegurar a saúde biopsicossocial das usuárias do serviço.

Esta pesquisa visa contribuir com essa temática, considerando a atuação das equipes de Saúde da Família (EqSF), no contexto da VDCM. A ESF tem essa responsabilidade profissional e social de prestar atendimento integral, visando garantia da saúde à mulher de uma forma holística, contemplando os aspectos físicos, emocionais e sociais, pautando-se pela humanização do cuidado, no que engloba a escuta, o acolhimento e o apoio.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar, participativamente e de forma intersetorial, um plano de ação com foco na abordagem da violência doméstica contra a mulher que possa ser aplicada na ESF de um município do sertão cearense.

3.2 Específicos

1. Identificar, na perspectiva dos profissionais das equipes da ESF, os saberes e as práticas sobre a violência contra a mulher;
2. Reconhecer as fragilidades e potencialidades em relação à condução da VDCM nos territórios;
3. Descrever as ações realizadas pelas EqSF junto às mulheres em situação de violência doméstica;
4. Reconhecer como as equipes se articulam com a rede de apoio intersetorial disponível para abordagem da VDCM;
5. Elaborar um plano de ação para abordagem da VDCM na ESF.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Contextualizando a violência de gênero no âmbito doméstico

A VDCM é um fenômeno histórico e cultural que vem sendo vista em longos períodos históricos pela sociedade como algo aceitável, uma situação esperada e costumeira, resultado de fatores psicossociais (Mota *et al.*, 2020). Os mais diversos tipos de violências deixam marcas físicas, psíquicas e morais, cicatrizes que podem ser consideradas permanentes em quem as sofre (Campos; Tchalekian; Paiva, 2020).

Minayo (2006) destaca a necessidade de reflexão a respeito da violência como condição estrutural existente historicamente, uma violência enraizada e embasada na persistente desigualdade social que permeia as relações sociais no Brasil, entre eles, o comportamento patriarcal. A autora aponta que a VCM, para ser compreendida, precisa ser avaliada sobre a perspectiva “gênero”:

Gênero diz respeito a relações de poder e à distinção entre características culturais atribuídas a cada um dos sexos e a suas peculiaridades biológicas. As características de gênero se fundam na hierarquia e na desigualdade de lugares sexuais. A violência de gênero distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construído nas relações entre homens e mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias (Minayo, 2006, p.93).

É frequente perceber que há diversas explicações científicas que buscam diferenciar as características físicas naturais do sexo masculino e feminino, baseadas no funcionamento do cérebro ou dos hormônios, que seriam distintos em cada sexo. Contudo, o conceito de gênero está vinculado a construções sociais e não a características naturais, sendo o gênero uma expressão do sexo social (Brasil, 2009). A mulher foi sendo considerada, ao longo dos séculos, em decorrência da cultura das sociedades, um ser inferior em relação ao homem. Assim, a ideia de “inferioridade” feminina é socialmente construída; a diferença de gênero é produto da realidade social (Brasil, 2009).

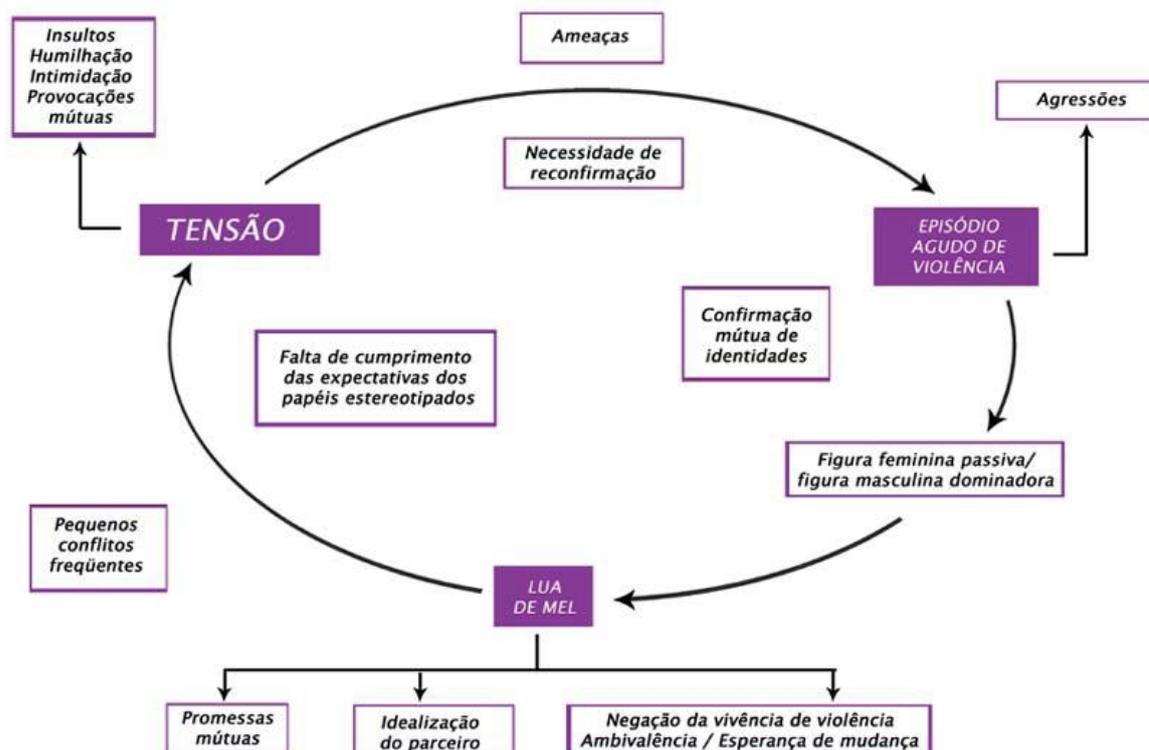
Ademais, a desigualdade de gênero em âmbito familiar ainda é muito significativa, o estereótipo da mulher submissa, abnegada, obediente ao homem prevalece vivo em nossa sociedade, mesmo após décadas de lutas e ações feministas (Minayo, 2006). Quando se fala de violência, principalmente contra a mulher, o maior

risco de agressão vem por parte dos esposos, companheiros, namorados e ex-namorados, os principais responsáveis pelas agressões (Mota *et al.*, 2020).

A literatura aponta que parte dos agressores são reincidentes, sendo que a cada nova incidência, os episódios tornam-se agravados, causando agressões repetitivas e severas, aumentando a intensidade dos golpes contra as vítimas (Schraiber *et al.*, 2002). Lucena *et al.* (2016, p.6) trazem que “O ciclo da violência se inicia de uma forma lenta e silenciosa, que progride em intensidade e consequências.” O ciclo da violência se define em três principais fases e tem por característica ser cíclico. Os autores descrevem as fases desse ciclo:

1. Primeira fase – tensão: o agressor se mostra irritado e intimidador, faz ameaças, passa a humilhar a mulher, que fica passiva e evita qualquer comportamento que possa “provocar” o agressor e gera em si um sentimento de negação, ansiedade e culpa.
2. Segunda fase – episódios agudos de violência: o agressor comete o ato violento, a tensão acumulada se expressa em forma de agressão.
3. Terceira fase – “Lua de Mel”: tem como característica o arrependimento do agressor, que passa a buscar a reconciliação, mostra-se amável e faz pacto de mudanças. A mulher sente-se pressionada a manter o relacionamento diante dessa transformação, contudo, as tensões se reiniciam e, com elas, novas agressões.

Figura 1 - Ciclo da violência doméstica contra a mulher



Fonte: Lucena *et al.* (2016, p.4).

A construção da violência é histórica, contudo, houve mulheres que desafiaram essa condicionalidade de submissão, não aceitaram o padrão social, e foram colocadas no papel de loucas, bruxas e rebeldes, muitas chegando a serem assassinadas por manterem esse comportamento. Mas, em razão do comportamento dessas mulheres que muitos direitos foram conquistados, que surgiram avanços jurídicos para proteção das mulheres e constituiu-se a luta em defesa delas, ganhando notoriedade e rompendo o silêncio (Rego *et al.*, 2021).

No Brasil, os movimentos feministas que marcaram a década de 1980, impulsionaram grandemente essas mudanças em relação à “violência de gênero” e levaram para a esfera governamental a criação de legislações que desnaturalizassem os abusos vivenciados pelas mulheres em todos os âmbitos, mas principalmente, os abusos que viviam nas sombras dos ambientes domésticos (Pinheiro *et al.*, 2021).

A VDCM apresenta-se como fenômeno social e constitui uma das principais formas de violação dos direitos humanos, estando o Brasil entre os primeiros, no mundo, com maiores taxas de VDCM. O fenômeno retira os direitos à vida, à saúde e

à integridade física (Rego *et al.*, 2021). Diante disso, fez-se necessária a formulação de leis que amparassem as mulheres brasileiras em situação de violência no âmbito domiciliar.

A regulamentação da proteção a mulher, por meio de leis, fez com que o problema ganhasse visibilidade, provocou o engajamento de gestores, profissionais de saúde e sociedade civil e ampliou os serviços de apoio especializados. É relevante que o profissional de saúde possua o mínimo de conhecimento acerca dessas leis, para que ele consiga desenvolver visão mais ampla do fenômeno, colaborando para redução das fragilidades da assistência (Pinheiro *et al.*, 2021). Descreve-se a seguir algumas principais leis e políticas nacionais em defesa dos direitos das mulheres.

Quadro 1 - Legislações para o Enfrentamento da Violência Contra a Mulher

Anos	Leis/Políticas	Objetivos
2003	LEI Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003	Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. A Lei coloca a obrigatoriedade de notificação de todo tipo de violência contra a mulher: física, sexual ou psicológico, que tenha sido perpetrada no âmbito intrafamiliar, comunidade ou Estado ou seus agentes.
2003	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM	A elaboração dessa política pública visa colaborar com a redução da morbidade e mortalidade feminina, em especial as ocasionadas por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida da mulher, ampliando, qualificando e humanizando a atenção integral à saúde da mulher em todo o SUS.
2006	Lei Nº 11.340 de 07 de agosto de 2006 – “Lei Maria da Penha”	Mais importante instrumento legal de enfrentamento da violência de gênero no Brasil, ao criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher; dispor sobre a criação de Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; alterar o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e alterar os procedimentos judiciais e da autoridade policial, permitindo que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham prisão preventiva decretada. Tem por objetivo estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate a esta violência, garantir a assistência e os direitos das mulheres em situação de violência. Os eixos estruturantes são compostos por: prevenção; enfrentamento e combate; assistência; acesso e garantia de direitos.
2011	Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres	Visa estabelecer unificar as estratégias de enfrentamento a violência contra a mulher nos diversos âmbitos e setores governamentais e não governamentais, definindo conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção, assim como direcionando de ações integradas, estratégias de gestão e ferramenta de monitoramento relativas à temática.
2012	Lei Nº 12.650 de 17 de maio de 2012 - “Lei Joanna Maranhão”	Alterou os prazos quanto à prescrição de abusos sexuais cometidos contra crianças e adolescentes, de forma que a prescrição somente passou a valer após a vítima completar 18 anos e o prazo para denúncia aumentou para 20 anos.

Anos	Leis/Políticas	Objetivos
2012	Lei Nº 12.737 de 30 de novembro de 2012 – “Lei Carolina Dieckmann”	A lei pune a invasão de dispositivo informático, conectado ou não à rede de computadores, interrupções ou perturbações de serviços de comunicação de qualquer origem e falsificação de documento particular e de cartões. Qualquer ato que tenha como fim obter, adulterar ou destruir dados ou informações sem autorização expressa do titular para obter vantagem ilícita.
2013	LEI Nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 - “Lei do Minuto Seguinte”	Dispõe sobre as garantias de mulheres em situação de violência sexual, como atendimento imediato pelo SUS com amparo multidisciplinar, direito a exames preventivos e de rastreio de infecções sexualmente transmissíveis e fornecimento de informações sobre direitos, visando controle de agravos físicos e psíquicos a mulher. A lei vem garantir atendimento de saúde emergencial, integral às mulheres, sem que seja necessário o boletim de ocorrência ou qualquer outro tipo de prova do abuso sofrido, considerando a palavra da mulher, para que o acolhimento seja feito pelo serviço de saúde e garantindo orientação e encaminhamento para assistência e apoio social.
2015	Lei Nº 13.104 de 09 de março de 2015 – “Lei do Femicídio”	A lei foi sancionada para alterar o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 do Código Penal, incluindo o feminicídio como circunstância qualificadora no rol dos crimes hediondos, que passa a ser considerado como homicídio contra a mulher por razões da condição de sexo feminino. O crime qualifica-se quando envolve: “violência doméstica e familiar ou menosprezo ou discriminação à condição de mulher”. A lei prevê pena ao agressor e está poderá ser aumentada se o crime ocorrer mediante as seguintes condições: se a mulher for gestante ou estiver nos três meses posteriores ao parto; se for menor de 14 anos ou maior de 60 anos; se tiver deficiência; e se ocorrer na presença de descendente ou de ascendente da mulher.
2018	LEI Nº 13.772, de 19 de dezembro de 2018	Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar e reconhecer a violação da intimidade contra a mulher, configurando os atos como violência doméstica e familiar, criminaliza o registro não autorizado (fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio) de conteúdo de caráter íntimo e privado.
2019	Lei Nº 13.871, de 17 de setembro de 2019	Dispõe sobre a responsabilidade do agressor pelo ressarcimento dos todos os custos pelos danos causado a mulher vítimas de violência doméstica e familiar, e aos serviços de saúde prestados pelo SUS. Os valores serão direcionado ao Fundo de Saúde responsável pelas unidades prestadoras dos serviços, seguindo os valores da tabela SUS.
2021	Lei Nº 14.188, de 28 de julho de 2021	Dispõe sobre o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher; e altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar a modalidade da pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher por razões da condição do sexo feminino e para criar o tipo penal de violência psicológica contra a mulher. A letra X na mão de uma mulher sinaliza pedido de ajuda e socorro e poderá ser apresentada em qualquer local e estabelecimento. A campanha foi amplamente divulgada no período pandêmico.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2023.

As leis são muito faladas entre o senso comum, mas os verdadeiros fundamentos e objetivos ainda são poucos conhecidos pela sociedade, principalmente,

entre as mulheres que deveriam ser as mais informadas sobre como agir em casos de violência. Com o amplo acesso à informação pelas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), as informações chegam rapidamente e em tempo real, contudo, ainda não é o suficiente para tornar as leis amplamente divulgadas nas mídias (Martins; Nascimento, 2021).

A divulgação e, muitas vezes, a aplicação dessas leis ainda é muito falha, e existe grande desconhecimento, principalmente pelo setor de saúde, dos direitos das mulheres, setor que não consegue, muitas vezes, identificar, diagnosticar e notificar os casos de VDCM (Rego *et al.*, 2021). É necessária reflexão sobre os aspectos vivenciados pelas mulheres em situação de violência, incluindo o conhecimento de políticas, programas, leis e redes de atenção voltadas à prevenção, enfrentamento da violência, atenção integral e apoio psicossocial. A formação integral dos profissionais de saúde sobre a temática daria a qualificação ao serviço, permitindo acolhimento e cuidado a essas mulheres (Lima *et al.*, 2020).

É preciso, urgentemente, sensibilizar os profissionais da rede de apoio à VCM, para que estes sejam capazes de entender a relevância dessas leis, de participar do cuidado às mulheres, notificando, permitindo o segmento e otimizando o atendimento a elas. É importante que a APS ajude na divulgação desses direitos, conheça e repasse a informação, para que as mulheres se sintam fortalecidas e apoiadas a sair da situação de violência (Pinheiro *et al.*, 2021).

4.2 O papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na abordagem às mulheres em situação de violência

A APS como ordenadora do cuidado visa promover a saúde da população, de acordo com a necessidade e em livre demanda, em território delimitado. É a porta de entrada do SUS no Brasil, responsável por manter o vínculo com a comunidade e permitir-lhe a acessibilidade a toda à RAS. É a base do sistema de saúde e tem em seu centro o usuário (Brasil, 2017a).

Para isso, faz-se necessária a presença de equipe multidisciplinar, com composição mínima de médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal, podendo também fazer parte da equipe o Agente

de Combate às Endemias (ACE). Essa equipe assume a responsabilidade sanitária de integrar e coordenar o cuidado, atendendo às necessidades de saúde, independente da complexidade, da população do seu território (Brasil, 2017a).

A APS pode ser caracterizada como atenção ambulatorial de primeiro contato do usuário com o sistema e visa resolver a maior parte das necessidades de saúde da população. Muitas vezes, estas necessidades são complexas e de difícil resolução, afetando vários outros setores e não somente os serviços de saúde (Giovanella; Almeida, 2017). As políticas nacionais de proteção colocam que o atendimento à saúde da mulher deve ser ofertado de forma integral pelos profissionais de saúde, e esses necessitam ter conhecimento sobre as leis, as diretrizes e os serviços existentes na rede pública que servem para amparar a mulher em situação de violência (Brasil, 2010).

As EqSF ocupam papel importante na prevenção e no enfrentamento da VDCM ou qualquer outro tipo de violência que atinge os usuários, por isso, é necessário que os profissionais reconheçam a importância de se ter estratégias e ações de cuidado em saúde que possam garantir os direitos e a autonomia das mulheres (BRASIL, 2016a).

O profissional deverá estar apto a compreender que o vínculo é a atribuição mais importante da relação terapêutica, a partir dele, pode-se entender o tempo particular que cada mulher tem de expressar as vivências com a violência e para pedir ajuda, tomar a decisão sobre como sair da condicionalidade no lar, e por fim, iniciar a construção de um plano de cuidados que irá auxiliar no rompimento do ciclo da violência (Brasil, 2016a).

O vínculo entre a usuária e o profissional de saúde é fundamental para o atendimento às mulheres em situação de violência, pois, por meio da construção desse “elo”, a mulher se sentirá segura para tomada de uma decisão compartilhada com a EqSF, terá maior adesão ao acompanhamento para apoio e continuidade posterior da assistência horizontal e integral (Barbosa; Bosi, 2017). O vínculo permite à ESF ver a mulher pela perspectiva biopsicossocial, e não apenas na dimensão de agravos agudos sofridos.

Entre as atribuições das EqSF, está a realização de buscas ativas entre a população adscrita, por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no intuito de desenvolver ações de identificação e enfrentamento da violência doméstica

(Andrade; Fonseca, 2008). As equipes devem estar preparadas para atuarem com caráter interdisciplinar, estar sensível e ter aptidão e conhecimento para poder identificar os sinais e fatores disparadores de VDCM no território, e assim promover atendimento com ações de prevenção e promoção da saúde dessas mulheres (Vieira *et al.*, 2008).

A escuta e o acolhimento qualificados, o reconhecimento de expressões corporais, a responsabilidade ética e as perguntas certas para identificação da violência devem ser adotadas, assim como o preenchimento da ficha de notificação de violência e dos prontuários. É preciso, também, o adequado conhecimento da rede intersetorial de apoio para o cuidado e proteção dessas mulheres, que inclui setores como assistência social, judiciário, forças policiais e educação (Brasil, 2016a).

Os atendimentos a mulheres em situação de violência doméstica demandam a existência de vínculo de confiança entre as equipes e a comunidade. Brasil (2010, p.258) preconiza que:

A unidade básica deve funcionar integrada com a sua comunidade e com as diversas instituições que a integram, como escolas, creches, hospitais, conselhos tutelares, defensoria pública, polícia, entre outros. É fundamental que a unidade de saúde tenha conhecimento dos órgãos de referência para suporte à vítima de violência para que possa trabalhar de maneira integrada, constituindo, juntamente com os demais serviços, uma rede de atenção às vítimas de violência doméstica e sexual.

A ESF compreende e possui habilidade para desenvolver abordagem integral à mulher e rastreamento e encaminhamento de casos de VDCM, por isso, é fundamental que a EqSF participe com protagonismo dessas ações (Lima *et al.*, 2020). Dentre elas, destacam-se: acolher a mulher e sua condição; se utilizar das possibilidades de apoio; construir vínculos de confiança entre o profissional de saúde e a mulher; promover oportunidades de acesso aos serviços especializados e comunitários. A APS deve ser o canal de comunicação ou facilitador que escuta e apoia a mulher, inserindo-a na rede de atendimento especializado, até que as necessidades sejam resolvidas de forma integral (Sehnem *et al.*, 2019).

É necessário que os profissionais de saúde da APS observem a linguagem verbal e não verbal para identificação da violência, sempre embasados na legislação que enfrenta a violência, respaldando legalmente a mulher. O desconhecimento

técnico-científico sobre como proceder diante da violência doméstica dificulta a abordagem do problema e da resolutividade (Ferreira *et al.*, 2021).

AAPS é potencialmente capaz de diminuir os impactos da VDCM, pois as EqSF estão aptas a identificar casos, realizar atividades de promoção à saúde e prevenção à violência doméstica, norteando-se pelo respeito à autonomia da usuária. Diante disso, urge ampliar e fortalecer a APS, para que este nível de atenção seja capaz de acolher essas mulheres, pois essa rede se apresenta, hoje, como importante instrumento de contribuição para elaborar estratégias de promoção, identificação, atendimento integral e humanizado perante a violação de direitos, assegurando a autonomia e cidadania das mulheres (Sehnem *et al.*, 2019).

A Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2020), em publicação de orientação aos serviços de saúde para abordagem à VDCM, durante o período da pandemia da COVID-19, coloca que é possível, mesmo em cenário complexo como esse, reduzir o impacto da violência sobre as mulheres. A OPAS (2020) orienta que as instituições de saúde tenham conhecimento sobre os fluxos e o funcionamento dos serviços de apoio local, apoiem a mulher em situação de violência, ofertando assistência adequada com empatia, promovendo segurança e a encaminhando aos serviços especializados de apoio.

É fundamental mobilizar e conscientizar a comunidade para o risco e o impacto da violência, enfatizando a importância do apoio comunitário para distanciar essas mulheres dos agressores (OPAS, 2020). Essas ações sugeridas pela OPAS são atividades passíveis de serem desenvolvidas pelas EqSF como estratégias para mitigar a VDCM nos territórios.

4.3 Sistema de Vigilância em Saúde e as notificações de violência

A violência, nas diversas formas, é uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil, acarretando a perda da qualidade de vida e contribuindo com os altos custos dos serviços de saúde e previdência, com absenteísmo do trabalho, desestruturação pessoal e familiar e possíveis traumas, que podem se perpetuar por gerações. O aumento dos índices de violência promoveu grandes impactos da VDCM na população, fazendo surgir a necessidade de estruturação da vigilância em saúde em relação às violências e acidentes.

A primeira ação nesse sentido foi o estabelecimento da Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em 2001, que tem como objetivo conhecer e monitorar esses indicadores para a proposição de ações (Brasil, 2016b). No mesmo ano, a Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, instituiu a violência interpessoal na lista de agravos de notificação compulsória.

Em 2003, teve-se a publicação da Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabeleceu a notificação compulsória, em todo território nacional, dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados (Brasil, 2003). Ao compreender a necessidade de ampliar a rede de informação, foi lançado em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que ampliou o número de variáveis contempladas no monitoramento das notificações realizadas (Brasil, 2016b).

A notificação é de grande relevância no atendimento na APS, pois a partir dela, há a construção de informações estatísticas que servirão de subsídio para reconhecer a situação de saúde de um território sobre determinado problema e facilitar a formulação de políticas públicas (Avilá, 2017). É por meio deste registro que a violência doméstica, seja ela contra a mulher ou qualquer outro membro da família, irá ganhar destaque epidemiológico e visibilidade governamental, permitindo, assim, a criação de medidas e ações públicas para enfrentamento e prevenção. É dever dos profissionais de saúde notificarem os casos que vierem a ter conhecimento, podendo responder por omissão, se não assim procederem (Feitosa *et al.*, 2017).

Contudo, existem dificuldades na realização das notificações, que esbarra ainda nos dilemas éticos dos profissionais durante os atendimentos dessas mulheres. A cultura de que a violência é um problema da esfera íntima também está presente entre os profissionais de saúde, assim como, muitas vezes, há a falta de preparo técnico para identificação e manejo dos casos e insuficiente domínio de conceitos básicos na esfera da violência, levando o profissional à tomada de decisão com base em conhecimentos de senso comum. Esse é um dos fatores para frequente subnotificação de casos (Leite; Fontanella, 2019).

Apesar da legalidade e do respaldo em lei para notificação sigilosa, os profissionais têm medo de represálias, tendo em vista que há vínculo instituído com o território e as famílias ali residentes, um cuidado longitudinal. Outro entrave é o despreparo profissional, não apenas para abordagem à mulher, mas para realização

do preenchimento da notificação; muitos estudos mostram que parte significativa dos campos da ficha apresentam incompletude, fato que restringe a utilização epidemiológica do instrumento para melhor análise do território (Leite; Fontanella, 2019).

É importante que os profissionais saibam e se sintam seguros quanto ao sigilo da notificação, que é de uso exclusivo das autoridades sanitárias, tem caráter compulsório e cujo preenchimento é de responsabilidade dos profissionais de saúde, não podendo ser transferida esta responsabilidade a outros setores (Silva; Padoin; Vianna, 2015).

4.4 VDCM e a pandemia da COVID-19

O advento da pandemia da COVID-19 deixou a VDCM ainda mais evidente. Existe a necessidade de se discutir o tema como prioridade de saúde pública, pois o isolamento social imposto à sociedade para controle da doença viral evidenciou e até mesmo potencializou a violência em muitos lares brasileiros. Há registro de aumento dos indicadores deste agravo, deixando ainda mais preocupante o cenário nacional. Constatou-se o aumento da violência doméstica pelo isolamento obrigatório, tendo estado relacionado à incerteza econômica das famílias e aos temores sobre o coronavírus (Vieira; Garcia; Maciel, 2020).

Apesar do aumento de registros do número de casos de VDCM no período pandêmico, é necessário registrar movimentações importantes na sociedade e nas políticas públicas nesse período, como a publicação da Lei Nº 14.188, de 28 de julho de 2021, que estabelece o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a violência doméstica e auxilia a mulher a comunicar a agressão sofrida. A letra X na mão de uma mulher sinaliza pedido de ajuda e socorro e poderá ser apresentada em qualquer local e estabelecimento (Brasil, 2021). A campanha teve grande adesão social durante o período da pandemia, principalmente de farmácias comerciais.

O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (Bueno *et al.*, 2021) levantou que entre março de 2020 e dezembro de 2021 ocorrem no Brasil 2.451 casos de feminicídio, um caso a cada sete horas, representando aumento de 2,2%. O estudo ainda aponta que uma a cada quatro mulheres maiores de 16 anos sofreram algum

tipo de violência, cinco a cada 10 mulheres entrevistadas relataram ter conhecimento de mulher que sofreu violência nesse período.

As mudanças na rotina doméstica foram apontadas como fator disparador para esse cenário, pode-se citar: o aumento do tempo da família no domicílio; o maior estresse e sobrecarga das atividades domésticas; a elevação do consumo de bebidas alcoólicas; a diminuição da renda familiar; e o desemprego durante a pandemia impulsionaram o aumento dos casos de violência de gênero no âmbito domiciliar.

A pandemia acarretou diminuição ou enfraquecimento das redes de apoio e das possibilidades de detecção da violência por diversos estabelecimentos, como igrejas, escolas, creches, delegacias e centros de referência social que tiveram o fechamento decretado ou carga horária reduzida, deixando a mulher ainda mais silenciada e susceptível ao agressor.

As unidades de saúde, principalmente da APS, priorizaram o atendimento à COVID-19, as consequências e a intensificação da campanha de vacinação, o que pode também ter configurado na carência no atendimento a outras questões, como a VDCM. Os serviços de APS devem priorizar a identificação, a notificação e o segmento aos casos de VDCM, independente do período histórico de saúde vivenciado nos territórios, pois, quando a mulher não encontra recursos para ser ajudada, ela passa a estar mais exposta a situações recorrentes de violência (Barbosa *et al.*, 2020).

5 MÉTODO

5.1 Referencial metodológico do estudo

Para Freire (2014), a educação é um marco político que liberta, possibilita a luta pelos direitos básicos e permite a transformação, em que o oprimido possui a capacidade de modificar a própria realidade e até mesmo de modificar o opressor. Freire (2014) coloca que homens e mulheres são capazes de reverter um processo de acomodação e mudar o mundo de opressão em que se encontram.

O estudioso defende a união entre teoria e prática, para que o oprimido tenha a capacidade de ver a realidade na qual está inserido, podendo agir e transformá-la. Os saberes devem ser considerados, um não se sobrepõe ao outro, pois o saber é uma construção coletiva baseada nas mais variadas visões de mundo. A construção do saber ocorre a partir do conhecimento do pesquisador e de quem participa da pesquisa (Freire, 2014).

Freire (2014) destaca que a realidade é modificável, e o homem, mesmo em situação de oprimido, pode ser ator capaz de modificar a própria realidade e do coletivo. Somos todos capazes de mudar a realidade, por meio de ações e da luta pela superação da opressão. O ser humano é um ser “inacabado” e em construção contínua, é um ser “incompleto”, capaz de aprender a partir de suas práxis e de seu conhecimento popular.

O saber popular tem que ser respeitado, pois é a partir da visão de mundo de cada indivíduo que é possível desenvolver consciência crítica e a dialogicidade na perspectiva libertadora. Um processo dialógico não é exclusivo do processo de educação, podendo ser aplicado em qualquer contexto em que se faça necessário o desenvolvimento de processos conjuntos, pois, nesses processos, todos os participantes têm algo a ensinar e aprender, deste que se disponibilizem a isso, tão pouco o processo de “educação” se restringe aos bancos escolares (Souza; Mendonça, 2019).

Colaborando com essa reflexão, Guimarães (2021) enfatiza que a educação libertadora de Freire gera influência em vários segmentos, principalmente na saúde, pois não se pode apenas “depositar” conhecimento no usuário, mas permitir que ele veja pelos determinantes sociais a real necessidade de modificar o meio no qual está

inserido e vive; permitir ao usuário alcançar a autonomia e o pensar crítico sobre os determinantes sociais (educação, saúde, moradia, trabalho e outros).

Souza, Gonsalves e Silva (2013) discorrem sobre a perspectiva freiriana diante de temas complexos, como a VCM e os Direitos Humanos:

Considera-se que a perspectiva freiriana de educação é a forma mais adequada para a promoção da cidadania e o exercício dos Direitos Humanos. Neste sentido, compreendendo a violência de gênero como uma violação dos Direitos Humanos, acredita-se que o pensamento de Paulo Freire pode contribuir organicamente para as ações educativas do Estado voltadas para o enfrentamento à violência de gênero (Souza; Gonsalves; Silva, 2013, p.8).

O estudo ainda aponta que as ações de promoção dos direitos humanos são fundamentais e que se encontra com a necessidade dialógica e de criação de espaços públicos que permitam o desenvolvimento de novos saberes sobre as relações e o mundo. Para os autores, a educação libertária de Paulo Freire muito contribui para o desenvolvimento de atividades voltadas para a promoção dos direitos humanos e o enfrentamento da violência de gênero.

A teoria freiriana se compromete a trabalhar a mudança pragmática e recriar conhecimentos a partir dos sujeitos envolvidos nas ações. Não apenas reproduzir a cultura existente, e sim, problematizá-la dentro das relações, construindo saber crítico que busca dar significado a novas práticas. Diante do exposto, deve-se refletir que a troca de saberes, de forma multiprofissional e intersetorial, promove a superação da consciência ingênua e permite acesso a uma consciência crítica. Utilizando-se de política dialógica e libertadora, embasada nas experiências dos participantes, no modo de sentir e pensar dos diferentes atores sociais, pode contribuir positivamente para construção de um espaço de saber múltiplo (Franco, 2016).

Na ESF, tem-se, ainda, um modelo muito biologicista, centrado nas ações curativas e na resolução apenas dos problemas de doença da população, esquecendo da importância da participação popular e da relevância de ações de saúde com foco nas práticas educativas e de promoção da saúde. O conhecimento deve ser elaborado de forma intersetorial, multiprofissional e com participação popular, a partir do território, com pensamento crítico (Alves; Aerts, 2011).

A oferta de espaço problematizador múltiplo e capaz de acolher as mulheres que vivem em situação de violência doméstica, com atendimento horizontal, transformador e reflexivo, visa permitir também aos profissionais participantes

momento rico de aprendizagem e produção de novos conhecimentos, que possibilitem a abertura para possíveis mudanças da práxis nas atividades. Quando se fala do método Paulo Freire e se aproxima da pesquisa-ação, Franco (2016) mostra que:

[...]investigacion-acción participativa como uma metodologia inserida num processo vivencial para os grupos de base, que incluía simultaneamente educação, pesquisa científica e ação política, foi um momento importante para o fortalecimento da ideia-princípio: educação como instrumento político de emancipação de povos (Franco, 2016, p.515).

A autora ainda coloca que a pesquisa-ação está impregnada dos postulados de Paulo Freire e, por isso, permite que o participante saia da consciência ingênua e mude o olhar, a percepção sobre a condição e a concepção de profissionalidade, formando consciência crítica e que transcende o senso comum, produzindo consciência emancipadora.

Outro ponto de partida que justifica a metodologia freiriana à pesquisa é a necessidade da construção do conhecimento a partir do território, do universo e da realidade dos participantes, possibilitando a formação de novos saberes (Souza; Mendonça, 2019). É muito importante o profissional ir ao encontro da cultura popular e permitir a abertura de espaços para o diálogo social a respeito das necessidades da população sob responsabilidade dele, realizar mudanças e construir novas práticas a partir da relação profissional-usuário (Souza; Gonsalves; Silva, 2013).

A partir dessa ideia, nesta pesquisa participativa e de marco metodológico freiriano, utilizou-se da dialógica que buscou despertar nos participantes nova forma de ver as experiências vividas, buscando problematizar a VDCM de forma coletiva, de modo que estes sejam atores no processo de (re)construção do saber. A partir de realidades, vivências e práxis, estes possam dialogar com os pares sobre a problemática e serem capazes de se reconhecer como sujeitos de transformação e, juntos de forma horizontal, construir novo conhecimento sobre como enfrentar a VDCM e transformar a realidade local.

5.2 Tipo de estudo

Ao considerar a necessidade de se aproximar do fenômeno da violência sofrida em âmbito domiciliar pelas mulheres e as fragilidades assistenciais da APS em relação a este tema e frente à necessidade de construir um pensamento crítico sobre como

superar essa problemática, propôs-se um trajeto metodológico que se aproximou dos participantes, do território e do contexto local do município.

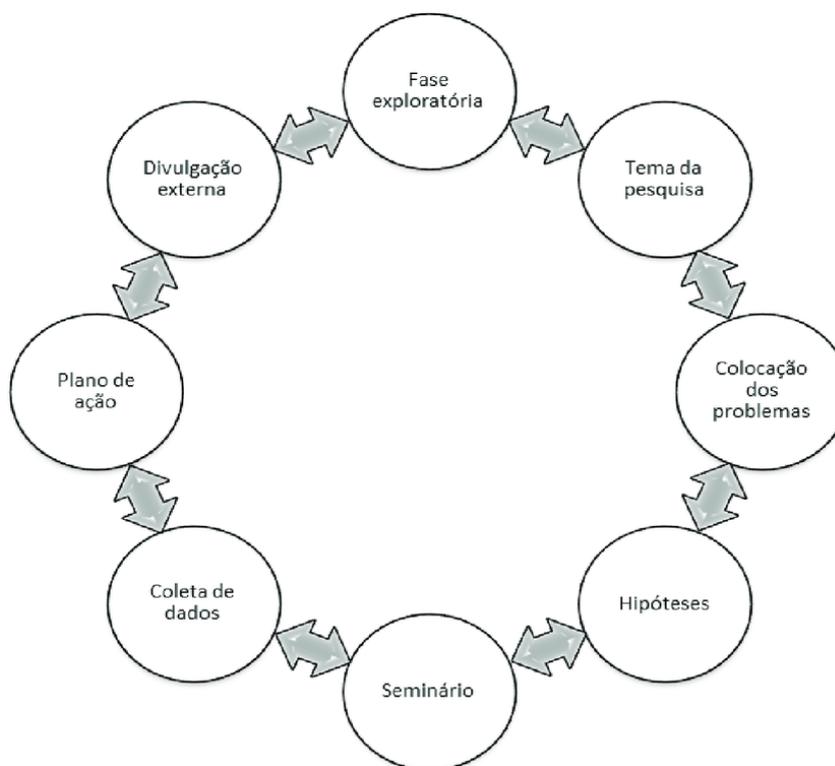
A partir do reconhecimento da necessidade de compreensão desse contexto social e de que o estudo qualitativo está voltado para coleta e interpretação de dados sobre o “universo social”, a pesquisa demanda do pesquisador lógica indutiva, que procure compreender os significados, as experiências e dinâmicas do objeto estudado (Minayo, 2007), por isso, adotou-se a abordagem qualitativa neste estudo.

Realizou-se pesquisa-ação, que consiste em um desenho de estudo que possibilita o engajamento sociopolítico a serviço do enfrentamento de problemas de caráter popular. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social realizada em associação com uma ação ou com a resolução de um problema de caráter coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes da situação/problema estão envolvidos. Esse tipo de estudo apresenta ponto de partida e ponto de chegada e, entre esse intervalo, haverá multiplicidade de caminhos a serem escolhidos em função das circunstâncias para alcançar uma resolução (Thiollent, 1986; Pessoa *et al.*, 2013).

Nunes e Infante (1996) afirmam que a pesquisa-ação busca gerar conhecimentos e técnicas que fortaleçam atividades desenvolvidas. Utiliza-se de achados da própria organização estudada, valorizando o saber e a prática diária dos profissionais envolvidos, aliados aos conhecimentos teóricos e às experiências adquiridas pelos pesquisadores. Essa metodologia constitui proposta de solução dos problemas diagnosticados, permitindo delimitar problemas para implementação de mudanças. Os autores apontam, ainda, que o homem é o principal agente de transformação e, se o elemento humano não for trabalhado, não ocorrerá mudança.

Partiu-se dos princípios expostos por Thiollent (1986), em que o autor coloca que a pesquisa-ação necessita que se siga um roteiro de aspectos práticos e tenha como características ser o “Ponto de Partida” para o estudo. Esse roteiro é flexível, possui característica cíclica e a finalidade é adquirir conhecimento sobre um problema identificado, reavaliando constantemente o processo. As fases descritas por Thiollent (1986) são: 1. Fase exploratória, 2. Tema da pesquisa, 3. A colocação do problema, 4. O local da teoria, 5. Hipóteses, 6. Seminários, 7. Campo de observação, 8. Coleta de dados, 9. Aprendizagem, 10. Saber formal e saber informal, 11. Plano de ação e 12. Divulgação externa.

Figura 2 - Fases da pesquisa-ação, segundo Thiollent



Fonte: Thiollent, 1986.

5.3 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Boa Viagem/CE, localizado na região de sertão central do Ceará, com população estimada, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2022, em 54.680 habitantes. O município está subdividido em 13 distritos e tem como atividades econômicas predominantes: serviços públicos, agricultura e comércio.

No que se refere à renda média, ocupação e pobreza, dados de 2020 apontam: o salário médio mensal era de 1,6 salários-mínimos; a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 6,8%; e o índice de pobreza populacional de 64,79 % (IBGE, 2020).

Em relação à RAS, o município conta com a cobertura de 17 EqSF, em 16 UBS distribuídas em: sete na zona urbana e nove na zona rural. No que se refere à cobertura por profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) há grande número de microáreas descobertas de assistência e dificuldade de acesso dos usuários de saúde

às equipes de ESF por motivos da geografia municipal. Segue na Tabela 1 a taxa de cobertura da ESF no município, segundo as portarias ministeriais vigentes.

Tabela 1 - Taxa de cobertura da ESF, 2020

Municípios	Cobertura de Saúde da Família %	Cobertura de Saúde da Bucal %
Boa Viagem	82,34	82,34
Ceará	83,88	87,88
Brasil	63,62	76,08

Fonte: E-gestor, FEV/2023.

Na ESF, o trabalho em equipe é um dos pilares para a assistência em saúde, em que os diversos conhecimentos e as habilidades interagem entre si para que o cuidado do usuário seja integral (Brasil, 2017a). A partir do levantamento realizado no município de Boa Viagem, elencou-se que o mesmo possui a Atenção Básica como principal porta de entrada para os serviços de saúde, podendo ser observado que a taxa de cobertura da ESF e a Atenção à Saúde Bucal do município são inferiores às taxas do estado do Ceará, contudo maior do que a média nacional.

Além da APS, o município conta ainda com rede intersetorial de apoio à mulher: um hospital municipal de pequeno porte (HPP), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Reabilitação Integrado (CRI), um Centro de Referência à Mulher (CRM), dois Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e um Conselho Municipal de Saúde (CMS). O Conselho Municipal de Direitos da Mulher (CMM) encontrava-se desativado no período da pesquisa.

5.4 Fase exploratória e definição dos participantes do estudo

Primeiro, deve-se considerar que a pesquisadora fez parte da comunidade estudada, enquanto profissional de saúde e munícipe, e conhece a realidade, cultura e condições do território estudado. Iniciou-se o processo de sondagem/aproximação com os participantes a partir de visitas aos serviços de atuação deles. Nesse momento, foi possível observar qual a receptividade das equipes, explanar a proposta e os

objetivos da pesquisa, mediante a apresentação estruturada breve, assim como definir os atores de cada equipamento que iriam compor o grupo do estudo.

A pesquisadora visitou a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Educação, a Secretaria Municipal de Assistência Social, sete UBS de zona urbana, dois CRAS, um CREAS, um Centro de Referência da Mulher (CRM), o Hospital Municipal e o CAPS para convidar os participantes. Nesse momento, apresentou-se um conjunto breve de slides, informando sobre o tema, a justificativa e os objetivos do estudo e que a participação era de forma livre e espontânea. A apresentação esclarecia também os critérios metodológicos, a importância da contribuição para a ESF do município, a relevância da participação deles para as políticas públicas municipais.

Realizou-se reunião com profissionais de saúde (enfermeiros e cirurgiões-dentistas) da zona rural. O convite para esse primeiro momento estendeu-se a toda a equipe assistencial, contudo, nenhum profissional médico participou desses momentos com as equipes das UBS. Convidaram-se via telefone, aplicativo de mensagens e e-mail, os Conselheiros Municipais de Saúde, os profissionais do CRI, as lideranças comunitárias, profissionais da Delegacia de Polícia Civil, Ministério Público, e procedeu-se a segunda tentativa com os profissionais médicos.

Quadro 2 - Número de participantes convidados na fase exploratória por serviços

Serviços visitados	Categorias participantes	Número de convidados	Número de participantes que aceitaram o convite
Secretaria Municipal de Saúde	Secretária Municipal de Saúde, Coordenadora de Atenção Primária à Saúde, Coordenadora da Vigilância à Saúde e Técnica de Apoio à Atenção Primária à Saúde.	04	2
UBS - Zona Urbanas (n=07)	Enfermeiros, Cirurgiões-Dentistas, Médicos, Técnicos em Enfermagem, Auxiliares/Técnicos em Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de Farmácia e Recepcionistas	26	07
UBS – Zona Rural (n=09)	Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas	13	08
Hospital Municipal	Diretora Administrativa, Assistente Social e Técnica de Vigilância em Saúde Hospitalar	03	01
CAPS	Coordenador, Técnicos em Enfermagem, Assistentes Sociais, Psicopedagogia, Recepcionistas e Psicólogos.	07	01

Serviços visitados	Categorias participantes	Número de convidados	Número de participantes que aceitaram o convite
Conselho Municipal de Saúde	Diversos	03	01
CRI	Fisioterapeutas	02	01
CRAS 1	Coordenador, Orientadores Sociais, Psicólogos e Assistentes Sociais	07	01
CRAS 2	Coordenador, Orientadores Sociais, Psicólogos e Assistentes Sociais	05	01
CREAS	Coordenador, Orientadores Sociais, Psicólogos, Assistentes Sociais e Advogada	05	01
CRM	Coordenador, Orientadora Social, Psicólogos e Assistentes Sociais	04	01
Secretaria Municipal de Educação	Secretária Municipal de Educação, Técnica de Educação pela Cultura e Paz e Advogada	03	01
Lideranças Comunitária	Sindicatos e líderes religiosos	03	03
Delegacia de Polícia Civil	À critério da instituição	01	0
Promotoria de Justiça de Boa Viagem - CE	Promotores	02	0

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2023.

Os sujeitos participantes da pesquisa, ao longo da coleta e análise de dados, foram nominados pelas terminologias do setor de representação dentro do grupo do estudo, buscando preservar e manter os princípios éticos da pesquisa acerca da não identificação do sujeito. Os participantes foram identificados pela terminologia acompanhada de numerais ordinais, seguindo a legenda exposta a seguir.

Quadro 3 - Legenda de identificação dos participantes da pesquisa

Terminologia	Setor de representação	Categoria Profissional Participante
SUS	Profissionais de saúde do SUS (APS, Hospital, CAPS, CRI)	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, ACS, Técnico em Saúde Bucal, Cirurgião-dentista, Fisioterapeuta, Psicólogo.
CMS	Conselheiros Municipais de Saúde	Sindicalistas, líderes religiosos, profissionais de saúde.
Intersetorial	Profissionais de outras secretarias (Assistência social e Educação)	Professor ou Pedagogo, Assistente Social, Orientador Social.
Movimentos Sociais	Participação Social	Sindicalistas e representantes religiosos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Na tentativa de garantir coleta de dados mais próxima da realidade, detalhada e de caráter heterogêneo, os participantes da pesquisa foram convidados a participar de um grupo de pesquisa. Como critérios de inclusão dos participantes com vínculo público: estar vinculado com período igual ou superior a seis meses na equipe de trabalho; podendo ser de ambos os sexos; e estar devidamente vacinados com duas doses da vacina contra a COVID 19, no momento da coleta de dados.

Não houve aceitação de profissionais da categoria médica. Cinco profissionais da categoria não atendiam ao critério de inclusão no período da pesquisa, os profissionais que possuíam o critério de participação não aceitaram assistir à explanação ou não foram comunicados pela equipe pela questão dos agendamentos aos pacientes. A pesquisadora convidou no momento da explanação para participação, contudo sem adesão.

O convite foi feito aos médicos, via aplicativo de celular, em grupo exclusivo com os profissionais do município, em que se enviou a apresentação sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO), mas sem nenhum retorno dos profissionais da categoria. O convite aos representantes do Conselho Municipal de Saúde e das lideranças comunitárias foi realizado via telefone, em que se orientou acerca dos objetivos da pesquisa e aspectos éticos. Enviaram-se, por aplicativo de celular, o modelo de TCLE e breve apresentação sobre a pesquisa.

No momento das visitas às equipes, coletaram-se as assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE dos profissionais que se identificaram e aceitaram o convite. Dos convidados via telefone, o TCLE foi assinado na recepção do primeiro seminário. Os participantes foram orientados e leram previamente o documento, assim como receberam uma cópia assinada pela pesquisadora.

Os seminários ocorreram em centro educacional em Boa Viagem, localizado à Rua David Vieira da Silva, 191 – Centro, que possuía amplo espaço físico, permitindo o distanciamento social entre os participantes, assim como salas de aula reservadas, para que eles pudessem se sentir à vontade para emitir falas e considerações sobre a temática. Seguiram-se os protocolos de biossegurança descritos no Apêndice H.

5.5 Limitações do estudo

Pode-se colocar como limitações da pesquisa a grande rotatividade de profissionais na APS que inviabilizou a participação de muitos convidados interessados na discussão, mas que ficaram impossibilitados de participar pelos critérios de inclusão da pesquisa de estar com vínculo público igual ou superior a seis meses na equipe de trabalho. Pode-se colocar, também, a ausência da categoria médica, que mesmo tendo sido convidada por mais de uma tentativa, não aderiu à participação nas discussões.

Os setores da segurança e justiça também não aceitaram o convite para participação na agenda da pesquisa nos diversos convites realizados. O Conselho Municipal de Direitos da Mulher encontrava-se desativado no município, fator que reduziu o número de conselheiros esperados na pesquisa, pois houve apenas a participação do Conselho Municipal de Saúde.

5.6 Planejamento

O planejamento na pesquisa-ação tem como característica fundamental ser flexível e baseado na dinâmica do grupo participante (Thiollent, 1986). Por isso, o planejamento aconteceu em construção coletiva, identificando e elegendo prioridades para o grupo (Apêndice D). As datas dos seminários foram propostas pela pesquisadora e pactuadas pelo grupo durante todos os seminários, assim como as regras de boa convivência e participação foram definidas e validadas coletivamente no primeiro seminário. Na pesquisa-ação, essas regras de boa convivência se dão de acordo com a necessidade do grupo, podem ser modificadas, incorporando ativamente elementos trazidos por estes ou passando por atualizações ao longo dos seminários (Soares *et al.*, 2018). Contudo, o grupo julgou não serem necessárias alterações e seguiram durante o percurso com as regras de boa convivência estabelecidas no primeiro seminário.

O método condutor utilizado para o desenvolvimento desta pesquisa foram as metodologias ativas de ensino, que se baseiam na construção do autoconhecimento, da autonomia da aprendizagem do participante. O conhecimento surge a partir da problematização das ações diárias e a aprendizagem é formada a partir de vivências

prévias (Berbel, 2011). Esse método condutor tem como referencial Paulo Freire, pela pedagogia da problematização, um modelo comprometido com a valorização do diálogo e a desmistificação da realidade, estimulando a transformação social pela prática reflexiva e crítica (Sobral; Campos, 2012). Nesta pesquisa, adotaram-se a “escuta” e o “diálogo” entre os participantes, sem imposição das concepções da pesquisadora, seguindo os referenciais da educação freireana.

5.7 Seminários: o caminho percorrido com o grupo condutor na geração dos dados

O seminário foi a estratégia principal escolhida para o desenvolvimento da pesquisa. A pesquisadora teve como papel: ser facilitadora do debate e da interação entre os participantes, instigar os problemas, possíveis facilidades, dificuldades e desafios para a problemática, assim como guiar a construção do plano de ação e do fluxograma para possível aplicação no município. Ocorreram no período de 27 de abril de 2022 a 03 de junho 2022 e se dividiram em seis momentos, conforme Apêndice D.

Nessa fase dos seminários, realizou-se a problematização do estudo, em que houve um momento de teorização da realidade trazida pela pesquisadora, por meio da explanação do referencial teórico que ampara o estudo. A partir dessa explanação, realizou-se o levantamento dos problemas, uma instrumentalização das teorias e práticas, discutindo o contexto vivenciado pelos profissionais.

Os dados foram produzidos no decorrer dos seminários, por perguntas provocadoras que constituíram um roteiro de entrevista que foi disponibilizado para preenchimento pelos participantes. As questões provocadoras tiveram como objetivo gerar reflexão individual e grupal a respeito da problemática da VDCM (Apêndice G). Os seminários foram gravados em equipamento áudio/visual e serviram como fonte de informação para análise dos dados. Posteriormente, essas reflexões foram sistematizadas, analisadas e interpretadas, permitindo o andamento da pesquisa.

É no estímulo da reflexão e do diálogo que se encontra com os princípios de Freire e a proposta dele de engajamento do indivíduo na luta por transformação no meio em que se encontra inserido, saindo da “arrogância erudita” para o compromisso político-social do território (Franco, 2016). Por fim, trabalhou-se a elaboração e

validação do plano de ação, construído de forma coletiva e intersetorial, que poderá ser implantado posteriormente no serviço municipal (Apêndice D).

5.8 Plano de ação

O plano de ação teve como objetivo ampliar o potencial de produção de mudanças dos participantes em relação à visão sobre a VDCM. Foi elaborado pelo grupo de pesquisa no ambiente dos seminários, de forma intersetorial e interdisciplinar, definindo as ações a serem desempenhadas e os apoiadores. O grupo de pesquisa participou das atividades de forma ativa, consciente e coletiva nas condições ideais para produzir estratégias engajadas na transformação da realidade do território (Picheth; Cassandre; Thiollent, 2016).

O Planejamento Estratégico em Saúde (PES) foi utilizado como ferramenta para construção do Plano de Ação. O PES é uma ferramenta básica utilizada na gestão para realizada a identificação dos problemas, definir o agir e a tomada de decisão, as influências e variáveis que determinam as situações nos territórios, visando alcançar situação futura diferente da anteriormente vivenciada (Melleiro; Tronchin; Ciampone, 2005).

5.9 Avaliação e divulgação externa

Por se tratar de pesquisa que tem como objetivo a transformação de um contexto complexo, a avaliação foi um processo dinâmico e fez parte de todas as etapas da pesquisa, observando as dificuldades e facilidades da construção do processo de mudança e traduzindo os avanços do grupo no enfrentamento das problemáticas do contexto social (Soares *et al.*, 2018). Ao final de todos os seminários, os participantes eram estimulados a avaliar os conhecimentos construídos coletivamente e com auxílio de dinâmicas que seguem os princípios das metodologias ativas. Buscou-se o aumento do conhecimento da pesquisadora e dos participantes, com o ganho de maior nível de consciência, superando a visão ingênua e dando espaço a uma consciência crítica, conforme os postulados de Freire.

Por meio das avaliações, esperava-se identificar a transformação das concepções e opiniões, desconstruindo sentimento de insegurança e frustração, que possam ter sido vivenciados pelos participantes, favorecendo a construção de um

novo conhecimento, em direção à transformação da prática em uma atividade emancipatória nos territórios (Soares *et al.*, 2018).

Ao final do estudo, assumiu-se o compromisso retornar às informações sobre os resultados gerados a partir das discussões do grupo condutor e equipamentos de origem, assim como setores interessados. O estudo também está sendo divulgado em eventos acadêmicos e será disponibilizado em forma de artigo em revistas de publicação acadêmica.

Quadro 4 - Etapas e período do estudo

Etapas do estudo	Período de realização	Objetivos
Solicitação de anuência da instituição coparticipante	10 de dezembro de 2021	Obter autorização para execução da pesquisa junto à instituição coparticipante.
Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa	04 de abril de 2022	Avaliar os princípios éticos do projeto de pesquisa, garantindo a segurança dos participantes.
Fase exploratória e definição dos participantes do estudo	18 e 19 de abril de 2022	Convite aos participantes com apresentação de conjunto breve de slides, informando sobre tema, justificativa, objetivos, critérios metodológicos e importância da contribuição para ESF do município e elaboração de políticas públicas municipais.
Seminários com o grupo condutor	27 de abril de 2022 a 03 de junho 2022	Ampliar o potencial de produção de mudanças dos participantes e permitir ao município que o mesmo tenha instrumento que poderá ser inserido ao Plano Municipal de Saúde.
Plano de ação e fluxograma	12 de maio e 03 de junho de 2022	Concluir os documentos que foram disponibilizados com instrumentos de planejamento de gestão municipal.
Análise de Dados e produção de informações	08 de Junho a Janeiro de 2023	-
Defesa da dissertação	22 de março de 2023	Apresentar o estudo à comunidade científica.
Divulgação externa	25 de setembro de 2022 a 31 de agosto de 2023	Divulgar os resultados da pesquisa nos mais diversos âmbitos: - Congressos; - Webinário Nacional; - Realização de seminário no município local de estudo.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

5.10 Análise dos dados e produção de informações

Os áudios dos seminários foram submetidos à transcrição, leitura exhaustiva e análise pela técnica de análise de conteúdo, que pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que tem por objetivo atingir compreensão mais profunda do conteúdo das mensagens, por meio da inferência e interpretação das falas, dando sentido às subjetividades emergidas (Bardin, 2016).

Após a codificação dos dados, estes estavam carregados de falas que foram organizadas baseada na “tematização” dos temas geradores. Realizou-se leitura dos dados de forma mais detalhada que permitiu a constituição do corpus da análise. Foi possível, então, explorar e tratar as informações, separá-los por categorias e eixos temáticos das falas que emergiram, considerando elementos como sintaxe, semântica e lexicografia.

A partir disso, os corpus integraram um único arquivo, discriminado a partir de linhas de comandos numeradas, conforme os encontros conduzidos (**** *S_1, **** *S_2, **** *S_3, etc) e salvos no bloco de notas, para importação ao programa IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), um software gratuito, ligado ao pacote estatístico R e ancorado na linguagem Python. Neste estudo, utilizou-se do IRaMuTeQ que fornece análises lexicográficas (frequência e estatísticas básicas) de palavras apresentadas nas Análise de Similitude ou de Semelhanças (AS) e a representação gráfica em nuvem de palavras.

AAS, ademais, permite compreender a estrutura dos discursos, bem como as temáticas de maior relevância, com base na teoria dos grafos e coocorrências, exibindo a conexão das palavras e identificação da estrutura do corpus em totalidade, distinguindo também as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) (Camargo; Justo, 2013). Por fim, a nuvem de palavras é uma análise lexical mais simples, que demonstra o agrupamento e a organização, para visualização com maior facilidade e rapidez, mediante identificação de palavras-chave (Souza *et al.*, 2018).

A utilização de dois formatos organizacional de dados, entre eles, de a adoção do software IRaMuTeQ deu-se pela necessidade de potencializar a relação da categorização, melhor organização e visualização dos dados, assim como facilitar o

manuseio, de modo a otimizar o tempo da análise, tendo em vista que emergiram dos seminários um grande volume e diversidade de dados.

5.11 Aspectos éticos, cuidados e proteção dos participantes

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) foi um requisito para o desenvolvimento da pesquisa, garantia de confidencialidade e não utilização das informações em prejuízo dos indivíduos, de que não houve riscos para os sujeitos da pesquisa, do emprego dos dados somente para os fins previstos nesta pesquisa, dentre outros assegurados pela Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentam as pesquisas com seres humanos e empregam o respeito ao anonimato, não maleficência, justiça e equidade, além do direito de desistência da pesquisa a qualquer momento, assim como acompanhar os resultados do estudo.

O projeto foi submetido ao Sistema CEP-CONEP, por meio da Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registro das pesquisas envolvendo seres humanos, sendo que os dados foram coletados somente após a aprovação. A pesquisa seguiu as normas éticas, de acordo com a Resolução 466/2012 e foi aprovada pelo parecer Nº 5.329.687 do CEP – IFCE (ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP), preservando a população da pesquisa, no que diz respeito a não maleficência, autonomia e justiça.

Sobre o risco aos participantes, pode-se refletir acerca de aspectos operacionais e epistemológicos da violência e da saúde da mulher que, na práxis, pode suscitar constrangimentos morais. Pois, normalmente, a operacionalização dessa problemática na Atenção à Saúde da Mulher é reduzida na práxis à forma mais biologicista. A participação poderia acarretar tristeza, ansiedade, medo, aborrecimento, constrangimento, ou desconfortos, vergonha, cansaço, alterações na autoestima.

Para redução dos riscos, a pesquisadora se comprometeu a garantir local reservado, que permitisse privacidade ao grupo, assim como liberdade aos participantes em não responder às questões que eles considerassem constrangedoras. Estiveram-se atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto expressados por qualquer membro do grupo. Asseguraram-se a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, a responsabilidade de dar

assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. O estudo não necessitou ser suspenso, pois não houve risco ou danos à saúde aos sujeitos participantes da pesquisa.

Compreendeu-se a suspender a participação do sujeito que decidisse sair da pesquisa a qualquer momento que o mesmo decidir, e encaminhá-lo aos serviços de atenção e apoio psicossocial de saúde do município, caso fosse necessário. Contudo, teve-se cautela de abordar a temática de forma leve e menos constrangedora possível para os 29 participantes, utilizando-se de metodologias ativas como estratégia de estimular o debate e mitigar possíveis desconfortos na participação.

Entre as responsabilidades da pesquisadora, seguiu-se o cumprimento das exigências da Resolução 466/2012 CNS/MS, explicando e fornecendo uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO) a cada participante e a utilizar do material e dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas nos objetivos contidos neste documento ou conforme o consentimento dado pelos participantes.

Dos benefícios aos participantes, pode-se gerar respostas positivadas pelo autorreconhecimento dos papéis sociais e o compromisso político como agente social em um equipamento político e institucional, principalmente em relação à Unidade de Saúde, que é uma instituição representativa da porta de entrada no SUS, solo garantidor da saúde como direito de todos. O fortalecimento das instituições públicas de acolhimento a mulher em situação de violência também pode ser colocado como benefício. Após a conclusão, análise dos dados e defesa do trabalho, teve-se como produto um plano de ação com estratégias integradoras e intersetoriais de assistência à mulher, com fluxos de encaminhamentos definidos e redes de apoio definidos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Perfil dos participantes

Os 29 participantes foram caracterizados quanto ao sexo, à faixa etária, à escolaridade e ocupação (Tabela 2). De modo que a grande parte do grupo condutor pertencia ao sexo feminino (82,76%; n = 24). Quanto à distribuição por atuação nos serviços, constataram-se atuantes nos âmbitos da Unidade Básica em Saúde (51,72%; n = 15); lideranças comunitárias (10,35%; n = 03); Secretaria Municipal de Saúde e CRAS (6,89%; n = 02); Hospital Municipal, Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Reabilitação Integrado (CRI), Centro de Referência da Mulher (CRM), Centro de Referência da Assistência Social (CREAS), Educação e o Conselho Municipal de Saúde (3,45%; n = 01).

Tabela 2 - Caracterização dos participantes do grupo condutor quanto ao sexo, à faixa etária, escolaridade e ocupação (n = 29)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	24	82,76
Masculino	5	17,24
Faixa Etária (anos)		
18 - 29	5	17,24
30 - 39	10	34,48
40 - 49	10	34,48
50 - 59	4	13,80
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	6	20,69
Ensino Superior Completo	6	20,69
Ensino Superior Incompleto	2	6,90
Especialização Completa	13	44,82
Especialização Incompleta	1	3,45
Fundamental Completo	1	3,45
Ocupação		
Agente Comunitário de Saúde	1	3,45
Assistente Social	5	17,24
Aux/Téc em Saúde Bucal	1	3,45
Cirurgião-Dentista	3	10,34
Enfermeiro(a)	5	17,24
Fisioterapeuta	1	3,45
Letras	2	6,90
Licenciatura em Geografia	1	3,45
Matemático(a)	1	3,45
Pedagogia	2	6,90
Psicólogo(a)	1	3,45
Sem Formação	3	10,34
Técnico(a) de Enfermagem	3	10,34

Fonte: banco de dados da pesquisa, 2023.

Diante da estratificação dos dados, 62% (n=18) pertenciam à religião católica, seguida da evangélica, com 31% (n=9). Os cristãos e espíritas representaram 3,5% (n=1), cada. Quanto à raça/etnia dos entrevistados, 58,6% (n=17) consideram-se pardos, enquanto 38% (n=11) consideram-se brancos e apenas 3,4% (n=1) indígena.

Indagou-se aos participantes quais deles participaram de capacitação e/ou pesquisa sobre violência doméstica contra a mulher. Dos 29 participantes, 45% (n=13) afirmaram ter participado de capacitação e/ou pesquisa, contra 55% (n=16) que não participaram.

No perfil dos participantes, observou-se a baixa adesão de participantes do sexo masculino, assim como não houve declaração da raça/etnia preta. O alto percentual (55%) de participantes que afirmaram não ter participado de momentos que discutem a temática pode apontar deficiência nas discussões acerca do tema na rede de assistência local. Os dados foram coletados via *Google Forms*, conforme Apêndice F. Dos 29, vinte e quatro se mantiveram até o final dos seminários.

6.2 O contexto da VDCM no território: desafios e potencialidades

Iniciaram-se os seminários buscando promover aproximação com os participantes, a fim de tecer reflexão crítica inicial sobre a relevância da abordagem da problemática da VDCM para o município, especialmente no contexto da APS. Para isso, realizou-se momento de acolhimento, apresentação cultural musical e dinâmica da teia de envolvimento (APÊNDICE E – DINÂMICAS UTILIZADAS NA COLETA DE DADOS), para apresentação dos participantes e serviços de atuação.

Sobre a APS, expôs-se a existência de iniciativas, no entanto, ainda escassas e descoordenadas. Ainda há fragilidades na identificação, na notificação, no diagnóstico e encaminhamento do evento de VDCM. Os profissionais exprimiram pouca aptidão na abordagem e baixa atuação, requerendo a necessidade de aproximação com o tema para qualificar a identificação do problema no âmbito das singularidades do território, em integração à comunidade, a fim de estabelecer o processo de tomada de decisão e coordenação de ações, a partir da criação da rede e de fluxos de atendimento e referência, como nas falas a seguir.

Violência mesmo em si, na atenção primária a gente ainda *está* engatinhando. A gente ainda tem muita dúvida em relação a isso, por isso esse momento é de suma importância para gente montar essa rede [...]. Às vezes, a gente tem até mais casos de violências, tanto contra mulheres, as crianças e adolescentes que a gente não sabe, porque passa batido nos nossos serviços, a gente não consegue identificar, e quando consegue identificar a gente as vezes vê depois. E a gente realmente *tá* precisando dessa reestruturação, de ver como a gente vai atender, de fazer esse fluxo de atendimento [SUS 04].

Realmente, eu acredito que todos aqui da atenção básica concordam comigo, que a gente ainda não está com o serviço alinhado em relação a esse atendimento. Muitas vezes os meninos, quando tem esses casos, eles ligam para mim: e o que é que eu faço? Eu mando para onde? Eu notifico em que ficha? Entendeu? A gente não tem uma coisa certa [SUS 04].

Eu acredito que a odontologia na atenção primária, tradicionalmente, ela precisa de maior integração. E eu acredito que a gente tem que se desligar dessa visão puramente técnica e se integrar melhor nos problemas da comunidade, porque a Unidade Básica de Saúde não é só a oferta do atendimento em si. Essa questão que a gente está discutindo, que é a violência doméstica, é uma visão que transcende o atendimento técnico [SUS 08].

AAPS, enquanto ordenadora do cuidado e rede de atuação territorial, próxima ao cotidiano das pessoas, vivências e famílias, possui papel fundamental na identificação de situações de violência, bem como conduzir as primeiras abordagens, promover o cuidado, acesso a informações sobre serviços da rede que possam apoiá-las, além de atuar na prevenção, promoção à saúde, cultura da paz e assistência integral (Brasil, 2016a).

Os problemas na qualificação profissional para atuação em situação de violência, identificação dos casos e manejo, é descrita por Pazini, Giuliani e Junqueira (2017), indicando que o fato se deve, além de outras problemáticas, à formação biomédica dos profissionais de saúde, com enfoque na doença. Desta maneira, não se pode nos prender a condutas hospitalocêntricas, fragmentadas e estritamente curativas, é preciso a popularização de ferramentas e estratégias que sensibilizem a escuta, o reconhecimento e a integralidade, na perspectiva multiprofissional.

No entanto, os profissionais abordaram as dificuldades em romper o ciclo da violência doméstica e a cultura da violência, associado, especialmente no município, a variáveis, como vulnerabilidade social, dependência financeira e emocional.

No meu setor, eu tenho três casos assim, que eu fico meio assim, porque as mulheres, às vezes, sofrem a violência, faz todos aqueles procedimentos, denuncia na delegacia, [...] aí, o marido retorna para dentro [família] [...] eu não consigo entender [SUS 03].

A maioria dessas mulheres são pessoas que vivem socialmente vulneráveis ao esposo, tão socialmente, quanto dependentes financeiramente, até para comprar uma peça íntima ou algo assim [SUS 08].

Muitas vezes, a mulher ela já está tão sofrida, tão fragilizada, tão necessitada de ajuda que ela não tem mais força para reagir [...] e para elas, aquilo não é violência, gente, elas não compreendem, elas não entendem que elas tão sofrendo violência. Elas acham que aquilo é normal, elas acham que elas têm que passar por aquilo [CMS 01].

Gomes *et al.* (2012) referem que a mulher será percebida em integralidade, a partir da compreensão de estrutura das relações que envolvem o companheiro, os filhos, familiares, os profissionais que as assistem e os espaços de comunicação intersetorial que lhe estão disponíveis. Essa comunicação é possibilitada pelo envolvimento da rede e aproximação com a comunidade, com enfoque nas características do território e sujeitos, como pelo fortalecimento das visitas domiciliares e abrangência das iniciativas da atenção psicossocial e assistência social, mediante políticas públicas abrangentes.

Quem é o psiquiatra, quem é assistente social lá do interior? Somos nós! Somos nós ACS, que nós estamos lá todo dia. Você é psicóloga, você é fisioterapeuta, você é tudo, você é o médico da família, tudo! Você acompanha desde a hora que a mulher fica gestante, engravida [...] O que eu quero dizer é que está faltando um conhecimento desta rede para envolver ACS, entendeu, e com todos esses profissionais. Como é que você vai trabalhar com a população nas políticas públicas e sociais se você não conhece o seu município? [SUS 14].

O ACS, frente ao panorama, tem a atuação validada, especialmente, nas ações de prevenção de violência e promoção da cultura de paz, a partir do acompanhamento de visitas domiciliares, percepção de sinais de alerta em cenários conflituosos e conscientização das mulheres sobre os direitos delas, dispositivos disponíveis e medidas que devem ser estabelecidas frente à situação de violência (Oliveira; Ferigato, 2019).

Nesse íterim, a literatura disserta que a atuação do profissional da APS em casos de violência deve priorizar a privacidade e o estabelecimento de uma relação de confiança, respeito e vínculo, com enfoque no acolhimento e nas respostas positivas, a fim de minimizar os danos e o sofrimento da mulher em situação de violência, a partir da visualização da comunicação verbal e não verbal, para somente depois, realizar o preenchimento das notificações e dos encaminhamentos. De maneira complementar, deve-se prezar por atitudes compreensivas, sem julgamentos

ou críticas; além de atentar-se queixas agudas, atentar-se as queixas de caráter psíquico e social (Silva *et al.*, 2015).

Sugere-se, ainda, o uso de instrumentos clínicos, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), ao passo que favorece a intervenção da equipe frente às situações de violência, além do uso do Genograma e o Mapa de Redes. O PTS é uma estratégia potencial ao recolhimento dos dados familiares, junto a diálogos interdisciplinares, fundamentais ao processo de decisão e eleição de intervenções, especialmente no que tange ao acolhimento e à corresponsabilização pelo cuidado da família em situação de violência (Brasil, 2016c).

O genograma, por sua vez, constitui espécie de “radiografia da história relacional da família”, em termos de vínculo afetivo, por meio das gerações e do mapa de rede, uma “*radiografia das redes pessoais significativas e rede institucionais*”, constituídas ou configuradas em torno da família, ambos de grande valia e usabilidade no contexto da APS (Brasil, 2016c).

Provocou-se ao grupo condutor o compartilhamento do conhecimento prévio dos participantes acerca da temática, a partir do questionamento norteador: como os senhores (as) compreendem a violência doméstica contra a mulher na prática profissional?

Nesse contexto, os vocábulos de maior evocação foram apresentados em maior tamanho, como *medo*, *preconceito*, *cultura* e *cultural*, destacando a violência contra a mulher como algo intrínseco à construção social, que infere sentimentos negativos como o medo. O grupo reafirma achados encontrados por Caixeta *et al.* (2022), em estudo que refere o medo e a insegurança por parte das mulheres em procurar ajuda pela questão do constrangimento social e falta de apoio; e medo por parte dos profissionais, por não se perceberem preparados para esse perfil de atendimento.

Esse compartilhamento ainda levantou palavras como fragilidade, discriminação, sofrimento, violência física, vergonha, acolhimento, crime, políticas, transtornos, dentre outras, que reiteram o panorama disposto, conforme Figura 3.

Figura 3 – Entendimento Inicial do Grupo Condutor: nuvem de palavras



Fonte: Compilação da autora, 2023.

Rego *et al.* (2021) endossam essa discussão quando pontuam que a violência doméstica não é um fenômeno novo no Brasil, pois o país caracteriza-se pelo perfil patriarcal e misógino. Apesar da ocorrência de grande avanço legal, percebem-se, ainda, lacunas jurídicas e assistenciais. Os índices continuam a crescer, ganhando maior visibilidade, em especial no período pandêmico, pois a problemática possui lamentável ciclo difícil de ser descontinuado. A VDCM como condição naturalizada e culturalmente aceita na sociedade, fator que dificulta a condução nos serviços de saúde e assistência.

No segundo seminário, uma discussão gerou-se a partir do vídeo problematizador, ocasionando inquietação, incômodo e motivando a fala, incorporando a reflexão sobre a problemática e negligência desta na comunidade. As discussões iniciais foram direcionadas no sentido da sensibilização dos profissionais e comunidade, ao rompimento com a questão cultural da violência, os quais, muitas vezes, exibem sentimentos de insuficiência e impotência.

Ela conviveu com muitas agressões na infância, ela aprende que bater significa repreender por amor. Às vezes, a mulher permanece numa situação de violência porque ela aprendeu isso desde criança ou conviveu com o pai, já agressor [SUS 16].

E quantas mulheres aqui em Boa Viagem, não passou por isso? Aonde aquela senhora lá no Domingo da Costa foi agredida anos e anos, anos e anos, que é isso que vem muito presente na minha mente, e o cara ia na casa da mãe dela, trazia ela de volta e ninguém fez nada, os irmãos dela não fizeram nada, a família dela não fez nada, aonde ela correu naquela estrada e o "cabra" assassinou com uma foice [...] A gente faz as rodas de conversa, a gente fala no interior, a gente incentiva as mulheres, mas isso é pouco! [CMS 01].

O debate direcionado à mulher do campo ainda é incipiente, é uma pauta silenciada pelas instituições públicas que atendem a essas mulheres, sendo um assunto debatido com mais frequência nos espaços dos movimentos sociais do campo. A mulher sertaneja tem mais dificuldade de acesso aos serviços de apoio e proteção, por isso, necessita ser vista com diferenciação, sendo preciso fomentar políticas públicas voltadas especificamente para a esse público (Gehlen; Cherfem, 2021).

Ainda nesse encontro, seguiu-se para construção do diagnóstico situacional do agravo e métodos de abordagem deste, a partir de conceitos, epidemiologia e estatísticas da VDCM no Brasil, estado do Ceará e município de Boa Viagem, junto aos aspectos alusivos ao referencial teórico, em especial, o ciclo da violência.

A inexistência de organização nos atendimentos e segmentos e a situação de não cuidado às mulheres que vivenciam a violência torna invisível a problemática. O despreparo da rede, em especial da APS que está mais próxima a esse público, prejudica a saída da mulher do ciclo de violência que ela convive e permite desfechos desfavoráveis, como o óbito (CARNEIRO *et al.*, 2021).

Ainda acerca do vídeo e a partir das discussões sobre o ciclo da violência e os achados epidemiológicos, o grupo reforçou a fala da subnotificação, recorrente reincidência da violência e problemáticas no sigilo das notificações, direcionando à importância do preenchimento correto, completude das informações e sensibilidade a percepção e diagnóstico dos casos de violência, visto que é um agravo que não possibilita busca ativa do evento, favorecendo, neste sentido o estabelecimento qualificado do quadro epidemiológico do município, para que sejam traçadas políticas públicas.

A nossa percepção ainda é muito superficial, perceber aquelas clientes que a gente atende, perceber que ela está sofrendo uma violência e você como profissional, notificar fazer os encaminhamentos [...] A gente notifica, mas ainda não se notifica eu acho próximo do real, eu acho que pode tá ligado a questão da falta de sensibilidade nossa, como profissional de perceber e tá

registrando [...] Outra dificuldade é com relação como é que essa notificação chega para gente, certo, muitas vezes a gente tem dificuldade no preenchimento correto e também na completitude das informações [SUS 13].

Só para reforçar a importância de que se não tem a informação oficial, é como se não estivesse acontecendo, nós sabemos que tem, porém para poder público, a nível de ministério da saúde e secretaria de saúde do estado, o nosso município é o que está aí [SUS 10].

A discussão aprofundou-se em relação ao desconhecimento quanto aos fluxos de notificação, inclusive da existência da ficha de Violência Interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esse sistema é alimentado pela notificação e investigação de agravos, principalmente pelas vigilâncias municipais, com objetivo de permitir diagnóstico da realidade epidemiológica de determinada região.

E com relação a vigilância é a questão da subnotificação, a gente tem poucas assim, a gente notifica, mas ainda não se notifica, eu acho próximo do real [...]. Outra dificuldade é com relação como é que essa notificação chega para gente, certo, muitas vezes, a gente tem dificuldade no preenchimento correto e na completitude das informações. Muitos espaços em branco, ignorados, e é uma ficha que não dá para fazer busca ativa, para você completar as informações, é necessária para ser inseridas no sistema, então assim, a principal dificuldade da gente [...] é a questão de subnotificação. A essa subnotificação, muitas vezes, o profissional não percebe a violência, passa, ou então quando vai perceber já está na segunda ou terceira vez que ela procura o serviço, ou então, ele acha que não é importante estar notificando, por que é números, só números, "a vigilância trabalha só com números", não é assim, os números se transformam em informações [SUS 13].

A subnotificação dos casos desqualifica as informações e os cenários epidemiológicos, dificultando, assim, o processo de planejamento e a efetivação de ações públicas na visibilidade e no enfrentamento da problemática. Viana *et al.* (2018) apontam que muitos profissionais de saúde não estão efetivamente preparados para notificar os atendimentos a mulheres em situação de violência, mesmo sendo esta uma atividade de obrigatoriedade nos serviços de saúde, assegurado por lei.

O panorama disposto é agravado pelo sentimento de insegurança frente à notificação por parte dos ACS, dada possibilidade de represálias e novas agressões a mulher.

Mesmo porque nós profissionais das agentes de saúde, nós somos muito visados na comunidade. Se você entra em um domicílio e aconteceu algo na noite anterior, aí, "olha ali, fulano já foi ali. O que será que aconteceu?" [...] se a gente pega essa notificação, e é colocado nosso nome lá, sobra para quem? Para o ACS. No final, eles vêm tudo em cima da gente [...] deveria que ter realmente essa notificação, mas que não houvesse quem o notificou [SUS 03].

Ressalta-se, nesse sentido, a importância de notificação do evento de violência, enquanto notificação compulsória da vigilância sanitária, mediante ficha disponibilizada no SINAN, possibilitando consolidação dos dados, visualização do perfil do agravo e tomada de atitude direcionada, reforçando que o prontuário esteja com dados completos sobre as circunstâncias da situação de violência, colhidos em entrevista e no exame físico, com registro e classificação de todas as violências identificadas (Santos, 2018).

Apresentaram-se as perguntas orientadoras: como é desempenhar a acolhida a mulher em situação de violência doméstica? Quais as dificuldades e facilidades encontradas? Quais os pontos de apoio, organizações públicas e/ou de referência possuímos hoje no município?.

Os participantes foram divididos em três subgrupos para construção de um painel, do tipo chuva de ideias, com tarjetas coloridas, identificando os problemas, os pontos centrais das fragilidades e potencialidades do fenômeno no território.

Como fragilidades, por sua vez, foram elencadas a deficiência da articulação em rede, no tocante à descontinuidade do seguimento da mulher ao longo dos dispositivos, bem como o fluxo de referência e contrarreferência, e a escassez de recursos humanos e físicos. Foi citada, ainda, a falha na capacitação dos profissionais, de maneira geral, atuantes no diagnóstico, na notificação e no manejo do agravo.

Outra fragilidade é a dificuldade que a odontologia sente em identificar os diversos tipos de violência e de se perceber como parte do processo de acompanhamento desses casos. É necessário que a categoria amplie a visão para esse tipo de atendimento.

É, porque a gente estava discutindo como no meu caso que é a equipe odontológica, dificilmente, a pessoa me procurar e inicialmente para tratar de um problema como esse, mas existem lesões bucais que eu posso identificar ou hematomas na face que poderiam levar a ideia de que a pessoa estaria sendo agredida, então, embora eu não seja de forma tradicional, a pessoa indicada para fazer essa escuta qualificada eu identifiquei e tenho que encaminhar para alguém [SUS 08].

Entende-se que a participação e preparação dos profissionais da odontologia é fundamental para o acolhimento dessas mulheres na ESF, pois as lesões na face, boca e as perdas de elementos dentais são frequentes e recorrentes. Silva (2019) afirma que o cirurgião-dentista é um dos profissionais com maiores chances de identificação dos casos e de grande relevância na atuação da reabilitação física dessas mulheres. O grupo chegou ao entendimento de o profissional cirurgião-dentista também deve na prática a capacidade técnica de acolher e ter escuta qualificada para as mulheres em situação violência doméstica.

Outro destaque foi a desinformação por parte das mulheres quanto aos direitos, dispositivos disponíveis e ao funcionamento da rede, gerando conseqüente fragilidade na participação da comunidade. Apesar da regulamentação de um Conselho Municipal de Direitos das Mulheres, mas que se encontrava desativado, teve-se a dificuldade da participação e do acesso da comunidade ao debate sobre a VDCM. Além da escassez de recursos e sobrecarga de alguns serviços, como o CAPS e o atendimento psicológico na AP, que privam essas mulheres ao acesso à rede de apoio integral e uma assistência mais completa.

A UBS ela é a porta de entrada das famílias, principalmente das mulheres que sofreram violência, [...] a gente faz os encaminhamentos para rede, mas, às vezes, não tem a devolutiva. É uma deficiência que a gente não sabe se teve um acompanhamento, se deu certo ir no psicólogo ou o profissional que a gente encaminhou aquela mulher, então, é uma deficiência. A gente não tem uma devolutiva [SUS 12].

Pronto, quando a gente fala nos recursos humanos, falta de recursos para os recursos humanos também e financeiro é uma fragilidade muito grande que é a dos conselhos. A participação da comunidade, que existe o conselho dos direitos das mulheres no município de Boa Viagem, é uma lei que foi criada em 2010, então, esse conselho está parado, e é uma fragilidade muito grande. É através desse conselho que as mulheres têm voz e vez e todos que fazem parte da rede. Então, o conselho ele é um espaço que a gente citou como fragilidade, por não estar atuante no município, então, é uma fragilidade, uma deficiência muito grande [SUS 01].

[...] a questão do serviço psicológico e hoje está de forma centralizada, e aí abriu um leque de discussões que são muito pertinentes na sociedade que é a presença de assistentes sociais e psicólogos na educação das escolas e nas unidades básicas, porque os psicólogos, acredito eu, vão ter uma habilidade melhor para lidar com essas situações de vulnerabilidade da pessoa que está passando por esse tipo de violência [SUS 08].

É porque hoje ele [Centro de Referência da Mulher] está fragilizado, mas ele vai ficar potencial. Vai ter uma potencialidade muito grande [SUS 01].

Nas falas apresentadas, evidenciou-se a urgência de se constituir fluxos de atendimento específicos e consolidar o controle social, como apoio à estruturação, avaliação e monitoramento desses protocolos. O Controle Social é o processo assegurado pela Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no qual a população participa da definição, da execução e do acompanhamento das políticas públicas em todas as esferas governamentais (Brasil, 1990).

Essa participação facilita e amplia os espaços de discussão, colaborando com o desenvolvimento de estratégias para superar problemas e fortalecer a rede de assistência a fenômenos complexos, como o da VDCM. Frente aos fatos, destaca-se a ausência de protocolos e fluxos específicos, a sobrecarga de trabalho e carência de parâmetros técnicos e científicos para atuação na VDCM, de modo que esta ausência pode contribuir para que esses profissionais não se considerem responsabilizados em atuar nessas situações, como parte do exercício das funções (Cerqueira *et al.*, 2018).

Assim, a definição clara dos fluxos parece ser fator fundamental para o trabalho em rede. Ou seja, pactuar o que será feito por cada serviço, desenhar os fluxos e divulgar para todos os atores envolvidos. Isso permitiria que os profissionais soubessem exatamente o que fazer e para onde encaminhar as demandas.

Às vezes, fazemos a visitação, a gente chega na casa um pouquinho depois que a mulher foi agredida, ela está fragilizada e quer desabafar com a gente, precisamos saber como acolher e saber também como notificar para não deixar esse buraco, não só conversar, mas também notificar e encaminhar [SUS 19].

Reafirmou-se nos seminários a fragmentação da assistência. Os profissionais dos setores saúde, assistência social, educação e colegiado da participação popular têm dificuldade de entender o fluxo da rede e o papel da APS, pois não há momentos de debate entre os setores de interesse. É necessária articulação junto com a APS para acesso ao acompanhamento adequado. A rede não se conhece, não conhece os

procedimentos. Existe falta de comunicação entre os setores que implica fragmentação assistencial que, conseqüentemente, dificulta a interrupção do ciclo de violência.

[...] a questão dessa falta de comunicação entre atenção primária e secundária, a gente sempre levantou essa questão dentro do setor em que trabalha. Eu sei que tenho o conhecimento existe uma reunião entre enfermeiros e médicos, nessas reuniões ocorrem de forma periódica, mas eu acho que nós como profissionais da atenção secundária precisávamos também dessa integração com a atenção primária, afinal de contas, é a porta de entrada para o setor de saúde e eu costumo dizer que no meu setor, que é o de reabilitação, é a porta de saída, então, tem que ter uma comunicação aí para gente entender as demandas, os perfis dos pacientes e eu acho que isso é uma deficiência que existe. [...] Eu acho que o profissional de saúde divide muito, a gente segmenta muito a saúde entre primária e secundária [SUS 18].

[...] muitas pessoas que estão desinformadas sem saber. Primeiramente, deve ser feita uma parceria de união entre todas aqueles órgãos dentro do município que trabalham em defesa da mulher para ter uma comunicação conjunta e aí vai [...] [SUS 05].

Nesse contexto, é fundamental reforçar a reflexão sobre a importância da solidificação de uma rede local de assistência ao enfrentamento da VDCM, que seja intersetorial, informada e tenha conhecimento de como ocorre o funcionamento e as atribuições. O Guia para o manejo de situações de violência doméstica contra a mulher na APS aponta como fundamental a estruturação da rede local, por meio de documentos norteadores, com informações sobre atribuições dos pontos de rede, telefones e profissionais de referência (Delziovo *et al.*, 2022).

No documento, deverá constar, ainda, um plano de cuidado à mulher em situação de violência que viabilize a continuidade do processo de atenção e a não revitimização. Faz-se necessário não apenas a existência do documento formal, como também o conhecimento e ajuste em período desse fluxo, e que seja realizado com a participação dos profissionais da rede, processo que poderá se dar por reuniões intersetoriais regulares com representantes de cada serviço (Delziovo *et al.*, 2022).

Ainda sobre a referida fragmentação da assistência, Medeiros e Guareschi (2009) motivam a reflexão dos termos “Integralidade” e “Atendimento Integral”, no âmbito do Políticas Públicas de saúde da mulher. As autoras enfatizam esse princípio doutrinário do SUS com a seguinte definição:

[...] a integralidade visa considerar a pessoa e atender a todas as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (Medeiros; Guareschi, 2009, p.32).

Medeiros e Guareschi (2009) permitem ainda perceber que é necessário romper com o discurso biologicista e alavancar o discurso coletivo, incluindo, no processo de saúde pública, as dimensões simbólicas, ética e política, e principalmente, transdisciplinares. Entender que as diretrizes públicas de saúde da mulher surgem não apenas do contexto governamental, como também dos movimentos sociais, dialogando com o estado e os serviços de saúde.

Aliado a isso, o processo de interação entre os diversos setores que compõem a rede somente é possível por meio de conhecimento mútuo, o que envolve informações sobre competências, atribuições, localização, tramitação interna e externa, bem como horários de funcionamento. De modo que o despreparo e o desconhecimento constituem realidades comuns nos serviços, junto à falta de humanização e resolutividade, com interações que não encorajam a confiança, que não protegem as mulheres, que as expõem e as fragilizam ainda mais (Santos; Freitas, 2018).

Como potencialidades, verificou-se a existência de equipamento para as mulheres como porta de entrada para o acolhimento e acompanhamento, como a UBS, CAPS, CRM, CRAS, CREAS, os conselhos municipais de saúde e dos direitos das mulheres e dos diversos sindicatos municipais, em conjunto com a retomada das visitas domiciliares por parte do ACS, como maneira de aproximar-se da comunidade e do território, favorecendo a descentralização e continuidade da atenção psicológica.

As potencialidades que nós colocamos foram os equipamentos que o nosso município tem, temos o CAPS e o próprio CRM e o sindicato dentro dessa rede que não é nem própria da rede de assistência à saúde, mas é algo bem agregador nesse momento e, principalmente, a um acesso a população do campo e eu acho muito importante porque segmenta mais. Então já permeia a questão do campo que eu acho que é uma deficiência do nosso município esse atendimento às pessoas do campo por causa da extensão territorial, então, ela é importantíssima nesse contato com o paciente rural [SUS 08].

A gente colocou também como potencialidade o acesso como porta de entrada, porque realmente a relação mais íntima que essa mulher tem para

se sentir confiante e segura é com ACS, um enfermeiro acaba mudando de uma gestão para outra, o dentista, o médico e o ACS continuam na mesma região por muito tempo, então, ele conhece a menina quando era criança e a casa, ele conhece o marido da menina porque já acompanhava a criança, então, é um acompanhamento prolongado. As visitas domiciliares que eu acho que a gente pode trabalhar melhor [...] [SUS 20].

Odorcik *et al.* (2021) colocam que a UBS deve colaborar com o suporte necessário às mulheres em situação de violência, na atuação da APS, é fundamental o encaminhamento para diferentes setores, buscando o cuidado de forma integral desde a notificação até o encaminhamento adequado dos casos. O estudo traz ainda a necessidade de identificação contínua da rede de atenção, pois esta sofre frequentes alterações, exigindo dos profissionais pactuações contínuas no caminho assistencial.

Da mesma forma que as falhas no acolhimento podem se configurar em aspecto desfavorável da manutenção da inserção da mulher na rede de atenção, a percepção de apoio e acolhimento foi um aspecto positivo evidenciado pelo grupo, de modo que o vínculo permite o estabelecimento de confiança entre a mulher em situação de violência e o profissional.

Assim, para que haja a construção de um vínculo efetivo da mulher para com o serviço e seja possível o fortalecimento da rede de assistência e garantia de atendimento integral, é imprescindível estabelecer comunicação efetiva entre os serviços, com a definição de fluxos e responsabilidades, além de olhar interdisciplinar e transversal de todos os setores e profissionais envolvidos.

Nessa perspectiva, os serviços de saúde devem atuar de forma mais eficiente e amigável, na detecção de situações de violência e serem mais ativos na articulação com os demais setores, por serem serviços importantes da rede institucionalizada e uma das principais portas de entrada de mulheres em situação de violência (Santos; Freitas, 2018). É necessário reconhecer que a violência permeia todos os setores, por isso, todos devem estar aptos e alinhados à rede de proteção à mulher, a ausência de equipes capacitadas e preparadas para o manejo e segmento dessa situação é fator chave para perpetuar a problemática.

Falta de capacitação dos profissionais. Profissionais esses que teria que existir uma capacitação do auxiliar de serviços gerais ao médico, por quê? Por que, às vezes, possa ser que a pessoa está ali na UBS e converse com a pessoa que faz a limpeza, entendeu!? Então, ela tem que ser também uma pessoa treinada/capacitada [...] [SUS 12].

Para ela saber também do fluxo [SUS 04].

Isso ela vai ser abordada por essa pessoa, daí já passa por um enfermeiro, daí vai, entendeu!? [SUS 12].

Muito legal que eles colocaram aí, capacitar desde a menina da limpeza até o médico, ficou show, ficou completo! [SUS 14].

A fala dos participantes vai ao encontro do evidenciado por Odorcik *et al.* (2021) que enfatizam a educação permanente como ferramenta de motivação e qualificação dos trabalhadores a serem multiplicadores do conhecimento, promotores da mudança dos cenários e mobilizadores da rede de proteção em tempo oportuno, diminuindo, assim, o número de casos de VDCM nos territórios.

Nesse entendimento, é possível apontar que a educação permanente prepara e sensibiliza os profissionais de saúde para abordagem técnica mais sensível e atenta aos casos de violência de gênero, lhes fornecendo competências técnicas para realizar ações de promoção e prevenção, reconhecer, conduzir de forma mais eficaz as situações de VDCM, criando ambientes seguros e humanizados nos serviços de assistência.

6.3 A APS no diálogo intersetorial: reconhecendo a rede de apoio e proteção às mulheres em situação de violência doméstica

Os profissionais da APS, nesse sentido, necessitam conhecer a rede intrasetorial e intersetorial do município para estabelecer o encaminhamento adequado aos casos de violência para outros serviços e unidades da rede, como Equipe Multiprofissional de Apoio à Saúde da Família, Ambulatórios Especializados, Policlínicas, Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência a Mulher em Situação de Violência (CRM), Casa da Mulher Brasileira, entre outros (Brasil, 2015b).

O grupo avalia que são necessárias ações voltadas ao acolhimento, à segurança e ao incentivo às mulheres para procurarem pelos direitos delas, junto à articulação dos dispositivos da rede assistencial, social e comunitária, especialmente

quando há filhos e/ou abuso de substâncias, para que esta consiga se desvencilhar do agressor.

Elas são acolhidas pelos equipamentos existentes dentro do município, mas muitas vezes elas não são acolhidas pela própria família. Onde colocar essa mulher e essa criança? [...] A gente fica de mãos atadas em relação a isso, porque a gente a convence, orienta que o melhor caminho é a gente fazer a denúncia e ela deixar o agressor que ela depende financeiramente dele, mas aí a família não apoia e aí a gente vai colocar onde. A gente não tem um abrigo aqui no nosso município [INTERSETORIAL 01].

No âmbito da Atenção Psicossocial, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) presta atendimento às mulheres e observa que existe associação direta dos transtornos psicoemocionais com a dinâmica familiar, foi possível, na fala do profissional, perceber que as mulheres atendidas por esse serviço perpassam pela identificação dos diferentes tipos de violência, como psicológica, patrimonial e física.

E em termos de atendimentos com mulheres, o que eu tenho observado é isso, a maioria chega: ah, eu estou muito ansiosa, eu choro todos os dias, não sei o que está acontecendo. E no decorrer dos atendimentos é como se a raizinha estivesse onde? Na dinâmica familiar. E quando a gente vai observar, é o marido que explora a mulher financeiramente ou então faz violência psicológica, pressão psicológica [SUS 16].

A violência de gênero, além de inferir o agravamento de quadros físicos, possui importantes consequências psicossociais, com estrita relação aos transtornos mentais, como depressão, ansiedade, abuso de substância e tentativa de suicídio (Cerqueira *et al.*, 2018). Estudo realizado em CAPS do estado de Minas Gerais (Brasil) identificou que a maior parte dos entrevistados referiu ter atendido ou conhecer algum caso de usuária do serviço que vive em situação de violência. No discurso dos profissionais, a violência sofrida está relacionada com os sintomas psicopatológicos, como transtornos, estresse pós-traumático e, principalmente, depressão (Teixeira; Paiva, 2021).

Urge, ainda, ressaltar que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em especial os CAPS, enfrentam inúmeras dificuldades para manter o funcionamento dos serviços de forma qualificada na RAS. Esses serviços estão sendo sucateados de forma contínua, especialmente desde 2016, o que é evidenciado pela sobrecarga de trabalho das equipes multiprofissionais, muitas vezes incompletas, e com áreas de

cobertura muito extensas, além do aumento do adoecimento mental e físico dos trabalhadores (Teixeira; Paiva, 2021).

O grupo identificou que a APS não oferta a garantia da integralidade da assistência à mulher que busca e precisa de atendimento para a situação de violência domiciliar, fazendo com que os casos se tornem mais graves e a atenção hospitalar seja vista pela rede de assistência como porta de entrada e notificação de casos relacionados à violência interpessoal. No entanto, este movimento reflete a falha geral nos dispositivos da rede assistencial de amparo à mulher em situação de violência doméstica, contando, ainda, com resistência da tomada de medidas legais pela vítima e família e/ou encaminhamento aos serviços de referência.

Em se tratando de hospital, o que é que nos deixa mais angustiada é que hoje é a principal fonte de notificação de violência. [...] Só que ela não era para ser a porta de entrada, ela é a violência é a propriamente dita, é quando toda a rede falhou [...] e a rede continua falhando, porque até para notificar tem essa dificuldade [SUS 10].

Nesse sentido, nos hospitais, o atendimento ofertado às mulheres se refere ao atendimento médico de emergência ou urgência. As mulheres que acessam esse serviço de atenção são expostas, prioritariamente, à violência sexual, física ou doméstica para avaliação da condição clínica, realização de exame físico e ginecológico (Schein *et al.*, 2019).

Outrossim, ao CRAS, por sua vez, compete a porta de entrada da assistência social, prestando serviços de prevenção social, como regularização de documentação, acesso a benefícios de transferência de renda, traslados e “kit” natalidade. Desempenha, ainda, intervenções de grupos de convivência e Programa de Atendimento Integral à Família, com encaminhamento para os dispositivos de saúde e Centro Especializado de Assistência Social (CREAS).

Muitas delas chegam em meio a gente com muitas situações, não só de violência, mas psicológica, emocional. Então, assim, é uma mistura de aprendizado com sentimentos [INTERSETORIAL 02].

Importância dos serviços de convivência, esses serviços de convivência que funcionam dentro do CRAS, ele justamente ele trabalha essas questões, essas orientações [INTERSETORIAL 01].

No sindicato municipais, são articuladas rodas de conversa e atendimento psicológico com as mulheres. Todavia, alguns participantes, em especial os profissionais da APS, não conheciam o dispositivo, tampouco o movimento sindical e o campo de atuação na VDCM.

A gente lida mais no campo, [...] anda muito na base, no campo, convive com as mulheres, fica ouvindo aquelas mulheres e convida elas a vir até o sindicato, esse é o nosso trabalho [CMS 01].

Pela uma parte a gente fica um pouco triste, porque muitas pessoas não conhecem o trabalho da gente, como não tem oficina, não tem mais conhecimento, a gente participar de mais coisas, infelizmente, a gente passa por despercebido. O sindicato já vem de muito tempo [MOVIMENTO SOCIAIS 03].

[...] a maioria não sabia da existência do núcleo de apoio do sindicato [...] existe uma violência muito alta contra as mulheres do campo e essas pessoas estão tendo atendimento psicológico e tinha esse serviço à disposição da gente, que até então eu não sabia [SUS 08].

O Centro de Referência da Mulher (CRM), nesse ínterim, conta com uma equipe de coordenador, assistentes sociais, psicólogo e dois educadores sociais, recebendo do Ministério Público e outros órgãos notificações, para o estabelecimento de medida protetiva e visita domiciliar. A partir disso, o CRM presta o acolhimento à mulher e auxílio com as burocracias legais, como a solicitação do divórcio e medida protetiva.

Foi estabelecido pelo grupo de pesquisa o papel da educação na construção da rede e fluxos de atendimento à mulher em situação de violência doméstica, reforçando a afirmativa da importância da educação nas ações preventivas e de intervenção, de modo que pode contribuir para o rompimento da ideia cultural do patriarcalismo e machismo estruturado, que favorece a opressão da mulher, ao passo que compactua com a violência.

Desse modo, um aspecto fundamental para as mulheres que vivenciaram ou estão vivenciando uma situação de violência é o apoio psicossocial, considerado fator predominante para o empoderamento da mulher frente a algum tipo de violência, destacando o atendimento integrado com equipe multiprofissional de médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, entre outros profissionais, a fim de conhecer e avaliar o convívio social desta e a rede de apoio na qual está inserida,

compreendendo a realidade do fenômeno, elencando intervenções efetivas e válidas (Santos *et al.*, 2018).

Destaca-se, ainda, a dificuldade dos profissionais de saúde em localizar essas mulheres, reiterando a importância de intervenções comunitárias, em aproximação com as famílias e comunidades, para que se possa identificar alguma situação mascarada, em que a mulher não consegue procurar ajuda espontaneamente. Assim, muitas vezes, a falta de procura das mulheres pela rede psicossocial, não se trata de inexistência de demanda, mas do desconhecimento, do receio destas em relação ao serviço, como também o fato de não reconhecerem a situação para tomar a iniciativa de procurar por vontade própria (Menezes *et al.*, 2017).

Muitas são as demandas que devem ser vistas para a assistência à mulher em situação de violência. Gomes *et al.* (2012) colocam que se deve ampliar o olhar sobre o fenômeno e compreender que este não se restringe apenas a aspectos biológicos, mas transcende aos determinantes sociais. Quando os aspectos biopsicossociais não são considerados, a assistência ocorre de forma fragmentada. Assim, faz-se necessário o atendimento integral com trabalho envolvendo redes de assistência e parcerias, como os sindicatos rurais. Essas ações articuladas entre os diversos serviços e atores sociais garantem apoio social, de saúde, policial e jurídico necessário ao enfrentamento da VCM.

Nesse sentido, uma rede articulada e bem definida é constituída pela articulação de instituições governamentais e não governamentais, com estratégias efetivas de prevenção, incluindo áreas de saúde, educação, segurança pública, assistência social e jurídica para o atendimento à mulher, seja em termos de prevenção ou manejo, sendo imprescindível que esta possa ser acessada pelo sistema de saúde, em um processo de cuidado intersetorial, para além da justiça criminal e/ou serviços de atendimento específico (Teixeira; Paiva, 2021).

Reforça-se, ainda, o investimento em estratégias que favoreçam a integralidade do cuidado, em contribuição ao encaminhamento qualificado, disposições jurídicas, como o estabelecimento de medidas protetivas, e dispositivos sociais e comunitários, como explicita a fala seguir.

A princípio, quando a vítima sofre a violência, ela primeiro tem que se dirigir a uma delegacia, essa é realmente a primeira ação que ela tem que ter, posteriormente quando esse processo de medida chega lá no fórum as partes em si, tanto o requerente quanto o agressor são intimados. A medida protetiva são ações que viabilizem o afastamento do agressor do âmbito familiar, esse agressor não poderá mais ter contato com a vítima, tem que ficar a 200 m da vítima, ele não pode ligar nem conversar, os vínculos são quebrados; essa pessoa realmente é excluída, contudo, a gente percebe que a vítima não pede, de fato, que o agressor seja punido judicialmente, ela quer que o agressor, de repente, tenha uma lição de moral e a grande dificuldade é que quando o agressor se arrepende, de um certo modo, essa medida tem um prazo de seis meses de validade e se nesses seis meses não acontecer nenhuma agressão, esse processo de medida protetiva é arquivado [MOVIMENTO SOCIAIS 02].

Destaca-se, nesse sentido, como desconhecimento dos trâmites jurídicos e convivência domiciliar das mulheres no retorno dos agressores ao lar, bem como as lacunas legais e jurídicas, como o encerramento da medida protetiva com seis meses, a inexistência de medidas avaliativas do cumprimento da medida protetiva e dos processos burocráticos ao acionamento das ações de proteção, dando oportunidade à reincidência dos episódios de violência.

Eu fui à casa com o psicólogo e o agressor já estava junto, concedido pela mãe, e eu fiquei meio, assim, perdida sobre medidas. O agressor estava dentro da casa e a mulher consentindo, fazia pouco tempo, apenas um mês e eu não sabia que eram seis meses [INTERSETORIAL 04].

Acerca do disposto, infere-se que:

O conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres diz respeito à atuação articulada entre as instituições, serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Portanto, a rede de enfrentamento tem por objetivos efetivar os quatro eixos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres - combate, prevenção, assistência e garantia de direitos - e dar conta da complexidade do fenômeno da violência contra as mulheres (Delziovo *et al.*, 2022, p. 2).

Em vista disso, deve ser composta por agentes governamentais e não governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres, em consonância direta com a rede de atendimento, que faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde) (Delziovo *et al.*, 2022).

Conforme previsto na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, é fundamental a constituição e o fortalecimento da Rede de Atendimento e da sociedade civil para o estabelecimento de uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento humanizado e qualificado, por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários (Brasil, 2011).

A VDCM é uma questão social complexa que transcende as fronteiras de um único setor. Exige resposta conjunta e comunicação sensível e empática entre os diversos setores governamentais e não governamentais, permitindo, assim, assistência holística e conscientização pública mais efetiva. São fundamentais ações e políticas de promoção da cultura de paz e respeito de gênero para construção de uma rede de apoio à mulher em situação de violência fortalecida.

6.4 As propostas do Plano de ação para abordagem intersetorial e integrada da VDCM no município

Para construção do Plano de Ação, aplicou-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para isso, utilizou-se da divisão dos participantes em subgrupos e a construção de murais que apontavam os problemas definidos, os responsáveis, os recursos necessários, a metodologia e o prazo para desenvolvimento das atividades (Quadro 3). Desta feita, elaborou-se proposta integrada e intersetorial de abordagem da VDCM, em documento digital, com ações participativas, baseadas nos problemas, nas fragilidades e potencialidades elencadas ao longo dos seminários, com vistas à solidificação e qualificação da rede intersetorial de atenção de VDCM do município de Boa Viagem/CE, Brasil.

Elencaram-se como prioridades a abordagem de atuação na VDCM no âmbito da APS do município, buscando realizar análise crítica da problemática, o levantamento de ações a serem desenvolvidas e os pontos fortes para tomada de decisão do grupo. Assim, teve-se como roteiro para essa etapa os seguintes questionamentos: qual a importância do desenvolvimento de ações intersetoriais para o enfrentamento da VDCM no município? Como o grupo sugere que esse problema deva ser tratado dentro da prática da ESF? E como podemos fortalecer a APS para

que a mesma seja consolidada como um dos pontos de atenção à saúde e rede de apoio à mulher em situação de violência?

Conforme disposto no Quadro que apresenta o “Plano de ação: abordagem às mulheres situação de violência doméstica na Estratégia de Saúde da Família”, construído pelo grupo de pesquisa, foram destacadas as problemáticas: deficiência e descontinuidade do cuidado, desconhecimento, inexistência de educação permanente, escassez de recursos, medo, serviço de apoio psicológico, ausência de fluxos, falta de definição de políticas públicas, carência de apoio, participação social e apoio familiar.

Evidenciou-se a necessidade iminente do estabelecimento de fluxos intersetoriais, definição de pontos estratégicos de notificação, referência e monitoramento, em conjunto aos profissionais sensibilizados e qualificados e atores das comunidades, a partir de capacitações e ações educativas, visando celeridade e resolutividade nas referências e contrarreferências, comunicação intersetorial, interdisciplinar e com participação social.

Então, tipo assim, se a gente tiver essa conversa, essa ligação entre um setor e o outro, a gente consegue amenizar bastante coisa, por isso, que é importante você ter a referência e a contrarreferência depois [SUS 15].

[...] e ter o monitoramento da rede. Nessa rede, que é interdisciplinar, não ter só a saúde cuidando da saúde, a educação cuidando da educação, a assistência fazendo a assistência, não! Tem que ser uma união entre todos para poder ter um resultado mais positivo e o mais importante, Prevenir! Não deixar acontecer ou só cuidar depois que acontecer, prevenir para que não aconteça [INTERSETORIAL 03].

Nas comunidades, envolver as autoridades da comunidade, que a gente sabe que tem: os agentes de saúde, delegado sindical, o professor, a gente trabalha muito com isso também, o presidente de associação, envolver todas as autoridades [SUS 17].

Menezes *et al.* (2014) corroboram essa discussão trazendo que a articulação intersetorial, que deve incluir representantes das diversas instituições, é uma das estratégias utilizadas no enfrentamento efetivo da VDCM. A abertura de espaços de compartilhamento de saberes e ações oferece suporte à continuidade do cuidado qualificado, assim como visibilidade às questões que entravam a promoção, prevenção e condução das VCM.

Outra forte discussão do grupo aconteceu entorno da necessidade de viabilizar um canal para primeiro atendimento, tanto de forma presencial, quanto on-line, com

ênfase neste último, mediante aplicativos de mídia social e ferramentas de inteligência artificial para o diagnóstico de violência, além de informar o funcionamento da rede para população em conjunto a dispositivos da comunidade. Visando, desta maneira, o acolhimento qualificado e as ações junto à ESF, como um dia “D” de enfrentamento a VDCM nas unidades, visita domiciliar multidisciplinar que tenha olhar voltado para esse agravo e prevejam com e redução de danos a mulher, evitar desfechos mais graves.

Informar também o funcionamento da rede para população, não somente para os profissionais, mas que a população saiba como funciona [SUS 19].

Divulgação de serviços ofertados, que é um ponto importante, como é que eu tenho um leque de ações, não é, e de atendimento se não é público isso, se ninguém sabe, se lá já existe isso. Por exemplo, ontem o CRM muita gente não sabia que existia no município, então, a questão de se ter, publicar e propagar isso é mais importante ainda, não é?! Que chegue ao conhecimento de todos, já falei ser multiplicado [INTERSETORIAL 03].

As ações de prevenção da violência e promoção da cultura da paz podem ajudar no suporte de casais ou famílias disfuncionais e/ou em situações de risco, reforçando ambientes favoráveis à paz e estilo de vida saudável na comunidade, de modo que as pessoas compreendam o processo de violência em que vivem, analisem os possíveis caminhos para o enfrentamento e a resolução da situação, no direcionamento da decisão que lhe seja mais adequada (Cerqueira *et al.*, 2018).

Citou-se, além disso, a importância da referência e notificação qualificadas, com capacitação dos profissionais e fortalecimento das estratégias educativas, a fim de romper o ciclo da violência, junto as UBS, com apoio dos assistentes sociais e psicólogos. Destaca-se, juntamente à importância da criação de um fluxograma pós-violência, junto à rede de apoio e dispositivos legais, como estabelecimento de medida protetiva e casas de apoio, de modo a mitigar barreiras culturais e problemáticas como a dependência financeira.

[...] a gente como profissional de saúde ou qualquer outra área, a gente tem que está sensível e perceber essa violência e está fazendo os encaminhamentos [...]. Então assim, é muito importante esse fluxo, porque a gente vai saber, vai se sensibilizar e saber o que fazer [SUS 13].

Na atenção básica, a gente colocou a saúde bucal também como identificação das lesões que podem ser relacionadas, embora, como eu falei no começo, não venha diretamente para mim, mas eu posso identificar e colocar essa pessoa dentro da rede através de um atendimento espontâneo [SUS 08].

O hospital é a referência maior, ele é um ponto de rede, porque é como eu sempre digo, falhando ou não, no caso da violência propriamente dita, quando você precisa de atendimento corre direto para o hospital [SUS 10].

Destacou-se, assim, a importância da integração dos âmbitos preventivo, de tratamento e reabilitação, na Atenção Primária, Secundária e Terciária, em razão da abordagem fragilizada da temática nas diferentes complexidades, com base em um modelo assistencial fragmentado. Frente a isso, o grupo de pesquisa entendia a necessidade de fortalecimento da comunicação, fluxos e processos de trabalho e construção de relatórios de monitoramento para melhor compreensão das demandas e perfil assistencial necessários.

Eu sempre trabalhei no setor de reabilitação, apesar de saber da importância da integração dos outros na Atenção Primária e os outros níveis de atenção em saúde. É muito importante essa integração e essa comunicação, mas uma dificuldade que eu tenho é justamente essa: saber como é que é os procedimentos dentro da atenção primária, da prevenção, os relatórios, os tipos de relatórios que são feitos [SUS 18].

Reitera-se, dessa maneira, a atuação e comunicação conjunta de todos os órgãos que atuam no enfrentamento da violência contra a mulher dentro do município, integrando a atuação da zona rural e urbana, favorecendo a conscientização dos profissionais e população quanto aos tipos de agressão, reconhecimento, dispositivos disponíveis e funcionamento da rede.

Eu acho que daqui para frente deve ser feito parcerias, isso é muito importante a parceria, saber cada órgão desses que funciona em defesa da mulher, como trabalho que é feito no fórum ter as informações repassadas também para a população [SUS 05].

Os profissionais buscaram visualizar ações preventivas que fossem exequíveis com as atuais estruturas do município, incluindo a capacidade financeira do gestor executivo em conseguir implementar com viabilidade e dentro da capacidade dos recursos existentes, pensando inclusive nos recursos financeiros. O grupo entende que existe necessidade de expandir recursos financeiros para apoio ao desenvolvimento das políticas públicas municipais no entorno da VDCM.

Nós temos um grande problema que a questão financeira, sugerir à gestão municipal o direcionamento de recursos próprios para investimento em ações preventivas, pois a gente acredita que investir em ações preventivas a relação custo-benefício é até melhor, uma velha regra: melhor prevenir do que remediar *né*, então vamos fazer a sugestão que dentro do próprio orçamento do município se direcionasse algum recurso para o investimento nessa área [SUS 18].

Associações comunitárias, a gente também pensou nisso, as associações comunitárias é onde reúne muitos homens, aqueles mais idosos que tem aquela coisa muito cultural sobre a violência e nas associações podem ter as reuniões tanto pela enfermeira do PSF ou agente de saúde falar um pouquinho com eles sobre as violências, né? Os recursos necessários: é a abertura de agenda com o tempo tanto nos CRAS, na saúde e nas associações [...] os programas de rádio quase toda a população do interior escuta, então poderia ser feito pelo menos uma vez ao mês, incluir os programas de rádio das associações [SUS 16].

A literatura aponta que análise e relevância de se trabalhar medidas de ações preventivas são resultados da compreensão de que a violência contra a mulher representa violação dos direitos humanos, e, por isso, é fundamental fomentar ações, para que seja possível o reconhecimento de que esta é uma importante causa do sofrimento e adoecimento das mulheres (Borsoi; Brandão; Cavalcanti, 2009). As discussões buscaram fortalecer a importância da comunicação dos direitos das mulheres a toda a população, fomentar o acesso à informação segura e de forma lúdica, em linguagem simples, para que todas as mulheres em situação de violência sintam-se mais acolhidas.

Essa parte da linguagem simples, eu participei de um mutirão agora e tinha muita gente analfabeta e quando eu entregava folheto, elas: “Aí, que bom, tem figuras”. Quer dizer as figuras, os desenhos ajudam a transmitir a mensagem para quem não consegue ler [SUS 15].

Houve preocupação também trabalhar de forma preventiva o agressor, ou seja, a necessidade de trabalhar de implantação de iniciativas de educação social e não apenas aplicar ações de caráter punitivo, reduzindo, assim, os riscos de reincidência por parte desses homens a novas agressões às mulheres.

[...]tem que se trabalhar realmente é o agressor, o trabalho não tem que ser feito só com as mulheres, a gente tem que ter alguém que identifica o problema que, na verdade, é no agressor, ele se aceitar como agressor, porque antes, às vezes, nem admite, e tentar mudar o comportamento que, muitas vezes, é difícil [...] é uma continuação no cuidado, porque não adianta a gente trata essa mulher, levantar a bandeira do direito dela, dizer que ela consegue sair desse agressor, se também não tratar ele porque senão essa agressão [...] [SUS 04].

O grupo entende e registra essa ideia no Plano de ação, a importância da construção de uma relação mais equitativa entre homens e mulheres, o autorreconhecimento do homem no papel de agressor e os motivos pelos quais ele exerce esse papel cultural do patriarcalismo. Einhardt e Sampaio (2020) realizaram

estudo que buscou compreender a violência doméstica a partir dos depoimentos de homens autores de violência contra a mulher e apuraram que álcool, outras drogas ciúmes e, até mesmo, o comportamento cotidiano da própria mulher em situação de violência doméstica são utilizados como “justificativa” para as agressões.

Esse sentimento de posse, de poder perante a mulher necessita ser trabalhado para a desconstrução da “masculinidade hegemônica” existente em nossa sociedade, para isso, é necessária a elaboração de políticas públicas que incluam ações de mudança e reeducação social ao homem, antes mesmo que ele venha a se tornar um agressor (Einhardt; Sampaio, 2020).

O seminário findou-se com a validação do Plano de ação (Quadro 5) e com a construção e validação do fluxograma (Figura 4), que poderão ser utilizados, posteriormente, para organização dos serviços no município.

Quadro 5 - Plano de ação: abordagem às mulheres situação de violência doméstica na Estratégia de Saúde da Família

Problema	Ação a ser realizada	Responsável	Recursos necessários	Metodologia	Prazo
Deficiência e descontinuidade do cuidado na rede de assistência	- Construção de um fluxo	- Grupo condutor da pesquisa	- Manter as oficinas da pesquisa até concluir o fluxo;	- Planejamento prévio de agenda; - Reunião para alinhamento dos pontos e atribuições da rede em formatos de oficina;	Maio a Junho 2022
	- Eleger uma comissão para dar segmento as ações;	- Grupo condutor da pesquisa;	- Computador para registro dos eleitos; - Validação municipal;	Indicação do grupo da pesquisa durante a construção do Plano de Ação.	Realizado em Abril/2022
	- Utilização de efetiva do prontuário para registrar a informação da violência;	- Toda a rede e NUEPM – Coordenação de Atenção Básica - Profissionais das Equipes ESF que são cadastrados nos CNES;	- Computador; - Tablet; - Cartilha orientadora digital; - Internet para sincronizar;	- Sensibilização e capacitação dos profissionais para saber utilizar; - Disponibilizar cartilha orientadora para utilização;	Em andamento
	- Divulgar o fluxo através de folder impresso e digitais, igual para todos os equipamentos.	- Coordenadora do CRM - Técnico de informática para desenvolver o site	- Equipe para desenvolvimentos das mídias; - Recursos Gráficos; - Recursos tecnológicos e equipamento; - Assessoria Comunicação;	- Utilizar as Rede Social das secretarias (Saúde, Educação, Prefeitura, CRM, CRAS, CREAS) para divulgação de eventos e realização de denúncia, divulgando todos os pontos da rede – gerenciado pelo CRM; - Criação de um canal de atendimento telefônico e Rede Sociais; - Divulgação de link que leve para um canal de WhatsApp para comunicação da população com a rede;	1º semestre de 2022
	- Reforçar o acolhimento a mulher e melhorar a comunicação efetiva dos setores	- Vigilância Epidemiológica; - Digitador; - Coordenação de Atenção Básica - CRM; - Secretaria de Educação - um representante	- Recursos Humanos; - Recursos de escritório.	- Através de melhoria da integração construindo relatórios periódicos (semanais); - Reuniões entre os setores mobilizadas pelo conselho da Mulher.	06 meses

Problema	Ação a ser realizada	Responsável	Recursos necessários	Metodologia	Prazo
Falta de conhecimento por parte das mulheres do município sobre seus direitos frente as questões da violência, principalmente a nível domiciliar	- Rodas de conversas, palestras e salas de espera nos equipamentos de educação, assistência e saúde, sindicatos, associações.	- Profissionais dos equipamentos de forma intersetorial;	- Recursos humanos (ACS, Educadores Sociais, Assistentes Sociais, Psicólogas, Enfermeiros); - Panfletos; - Material audiovisual; - Material Lúdico e com linguagem simples;	- Realizar reuniões de alinhamento da comissão, semestralmente; - Incluir a temática no calendário de rotina das ESF e reforçando as campanhas anuais com destaque para os meses de março, agosto, outubro.	Iniciar no 2º semestre 2022 e manter mensalmente
	- Participação em programas de rádio	- A Comissão planejará a Pauta a ser discutida; - Programa de Rádio; -Assessoria Comunicação articulando outras emissoras;	- Emissão de ofícios com solicitação do espaço de comunicação;	- Participar do planejamento do Programa Mulheres da Esperança e de outras emissoras;	Mensal e/ou contínuo
	- Lançar fôlderes eletrônicos nas redes sociais	- Coordenadora do CRM - Técnico de informática para desenvolver o site;	- Elaboração de material gráfico e Rede Social;	- Utilizar as Rede Social das secretarias (Saúde, Educação, Prefeitura, CRM, CRAS, CREAS) para divulgação de eventos e realização de denúncia, divulgando todos os pontos da rede – gerenciado pelo CRM; - Criação de um canal de atendimento telefônico e Rede Sociais; - Divulgação de link que leve para um canal de WhatsApp para comunicação da população com a rede.	Agosto/2022
	- Incluir no PSE ações para a temática	- GTI do PSE: Sec. de Educação e Sec. de Saúde	- Panfletos; - Peças Teatrais;	- Articulação através de ofícios entre o GDI e a Secretaria de Cultura; - Elaboração e impressão dos panfletos com recursos do PSE;	Julho/2022
	- Eventos culturais com os grupos teatrais e danças	- CRM com apoio das demais secretarias; - Sec. Cultura	- Profissionais e alunos da Cultura municipal.	- Articulação através de ofícios entre as secretarias;	Agosto/2022
Falta de Educação Permanente para os	Elaborar um cronograma (calendário) de capacitação	Núcleo de educação permanente municipal	- Estrutura física;	Metodologias ativas;	06 meses para iniciar e se

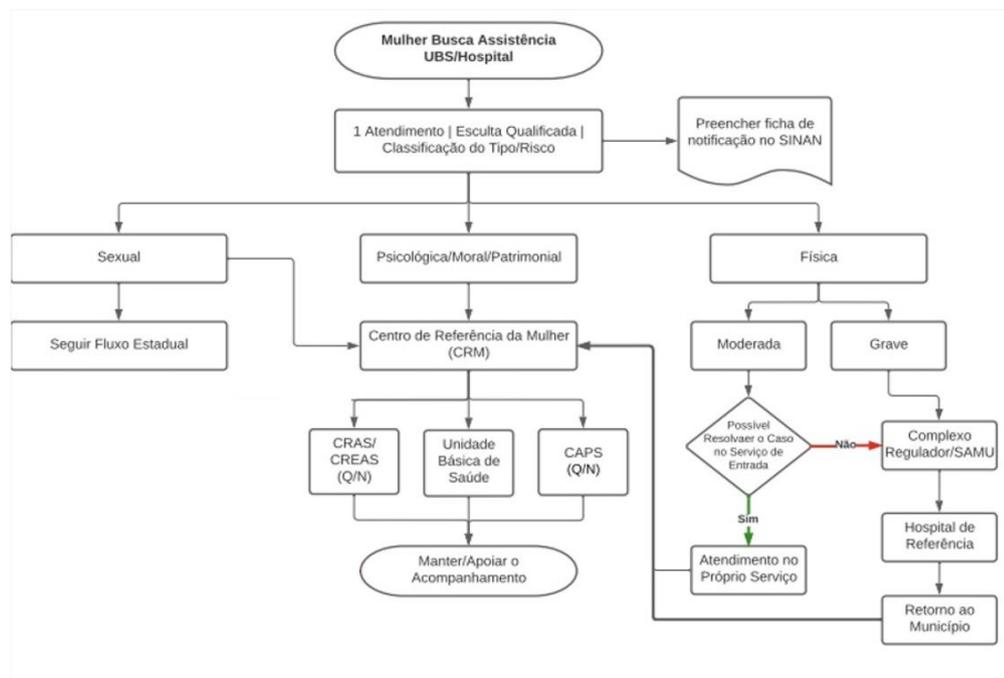
Problema	Ação a ser realizada	Responsável	Recursos necessários	Metodologia	Prazo
profissionais em todas as instâncias do serviço e a todos os funcionários que fazem parte dos serviços da rede	para os profissionais, com atualizações anuais		-Profissionais capacitados (convidados); -Recursos Audiovisuais (Datashow, computador);		manter anualmente
Falta de recursos humanos e financeiro para investir no enfrentamento	Sugerir a gestão municipal o direcionamento de recursos próprios (financeiro e humanos) para o investimento em ações preventivas.	Grupo condutor da pesquisa (Comissão da pesquisa)	- Fôlderes; - Mídias sociais; -Recursos Audiovisuais (Datashow, computador);	Campanhas educativas nos diversos meios de comunicação da prefeitura;	12 meses
Medo por parte dos profissionais em conduzir as situações que envolvem a VDCM por insegurança nos serviços	Garantia de 01 segurança/vigia 24hs nas unidades de saúde.	Secretaria Municipal de Saúde	Contratar e/ou redirecionar profissionais para a função;	Fazer estudos das necessidades; Concurso/seleção/contratação;	12 meses – OBS (Câmara Municipal aprova recursos todos os meses de dezembro)
Serviços de Apoio psicológicos centrados em alguns serviços, alta demanda para esse atendimento	Atendimento individual do psicológico nas escolas para crianças e adolescentes que sinalizarem/identificarem situação de violência	Secretaria de educação- Psicóloga que já atua no município mais a comissão Poder Legislativo/Poder Executivo/SMS/Comissão	Recursos humanos – Psicólogo (Necessidade de Contratação); Recurso Financeiro;	Consultas clínicas individuais e escuta qualificada para os alunos na escola que sintam a necessidade do atendimento, inclusive após momentos educativos ou solicitação dos alunos; Escuta qualificada (multiprofissional;)	Para planejamento de 2023
	Atendimento psicológico mensal nas UBS Campanhas educativas nas escolas	Equipe da ESF Secretaria de saúde – Núcleo de educação permanente Secretaria de educação - Professores – Capacitar pelo menos 01 servidor de cada escola	Gráficos Sugestão: - Fôlderes - Mídias sociais; -Recursos Audiovisuais (Datashow, computador);	Formalizado o encaminhamento no PEC; Peças Teatrais; Momentos de acolhida; Momentos de reflexão/oração; Apresentação de curta metragem; “Caixinha do desabafo” com formulário padrão com identificação da criança/adolescente/EJA;	Julho/2022

Problema	Ação a ser realizada	Responsável	Recursos necessários	Metodologia	Prazo
		GTI do PSE			
Ausência de uma definição e fluxo de rede de assistência para referência e contra referência e planejamento para segmento dessa mulher em situação de pós violência	Retorno dos casos encaminhados para os órgãos específicos	Equipamentos	Recursos humanos entre as secretarias; Apoio e recursos financeiros – realocar os recursos da extinta secretaria de Políticas Públicas para o desenvolvimento dessas atividades no município.	Desenhando um fluxo.	03 meses
Falta de definição de Políticas Públicas Municipais	Criar (elaborar) Lei municipal (nota técnica/portaria?)	Movimentos sociais (associações, sindicatos) Gestão pública Profissionais de saúde	Espaço físico para os encontros da comunidade Espaços nos programas de rádio; Recursos telefônicos; Recursos financeiros;	Elaboração de documentos por líderes comunitários solicitando a administração pública ações de prevenção Reuniões em com associações, sindicatos e igrejas para gerar movimentos sociais.	Inicialmente 12 meses
Falta apoio a assistência para conduzir a mudança de comportamento do agressor.	Qualificar as visitas domiciliares Atendimento individual ao homem	CRAS CAPS ESF	Recursos humanos e transporte.	Busca ativa das ACS: que encaminham para ESF e se necessário para CRAS/CAPS/CRM.	Agosto/2022
	Incentivar Grupos formativos Conscientização em eventos (ex: Rachas)	CRAS CAPS ESF Secretaria de Esporte Associações Sindicatos	Abertura de agenda; Spot em programas de rádio; Panfletos; - Recursos Audiovisuais (Datashow, computador); Camisas personalizadas; Transporte.	- Fazer palestras antes dos rachas e personalizar as camisas que são fornecidas do serviço público para as comunidades (com frases de enfrentamento a violência); - APS manutenção sala de espera; Palestras; - Utilização dos calendários coloridos (eventos anuais);	Agosto/2022

Problema	Ação a ser realizada	Responsável	Recursos necessários	Metodologia	Prazo
Falta da participação social – atores sociais/conselhos	Reativação dos conselhos – CMM Grupos religiosos Mobilização social (grupos religiosos inclusive)	Gestores da Sec. de Saúde e da Assistência Social Coordenação da APS Coordenação dos Conselhos E a coordenação do CRM	Contatos para articular as reuniões; Assessorias dos conselhos;	Reunião para reativação do conselho; Capacitação para a importância do tema (capacitar quem?);	06 meses
Falta as famílias se reconhecerem como apoiadores as mulheres em situação de violência	Reunião de pais e mestres Educativas em saúde (associações)	CRAS Secretaria de educação escolas APS/ESF Associações CRM GTI do PSE	Transporte/carro; Panfletos; Material didático; Data show; Material de escritório;	Reuniões (em escolas e associações); Palestras na APS	06 meses
	Através de visitas domiciliares	CRAS CRM APS/ESF	Transporte/carro;	Visitas com visão holísticas aos domicílios.	06 meses

Fonte: Produto elaborado e validado pelo grupo de participantes, 2023.

Figura 4 – Fluxograma de atendimento à mulher em situação de violência doméstica



Fonte: Produto elaborado e validado pelo grupo de participantes, 2023.

6.5 Da consciência ingênua para construção de uma consciência emancipadora e plural

Durante os seminários, os participantes relataram e registraram a necessidade de adquirir novos conhecimentos, entender como abordar as mulheres, a necessidade de ampliar as trocas de experiências entre os profissionais da rede. Referiram, também, a importância de repassar para a equipe os conhecimentos adquiridos na vivência com o grupo.

Os participantes acrescentaram, frente à condução do seminário, os sentimentos de felicidade, esperança, gratidão e alegria, dado o momento de aprendizagem, compartilhamento de vivências e possibilidade de intervenção na problemática.

Eu acho que o sentimento é de fé que vai dar certo [SUS 09].

Que essa rede funcione. O sentimento de alegria em saber que no nosso município ainda tem gente preocupada com a violência sobre a mulher [SUS 14].

Eu estou confiante que a gente vai poder reforçar essas ações e programar novas ações, que falem também nas escolas, nas UBS, no CAPS, que tenha essa comunicação toda da violência contra a mulher” [SUS 16].

Durante as dinâmicas, as palavras foram de satisfação, em totalidade, no sentido da aquisição de conhecimento, troca de experiências e repasse à equipe multiprofissional da instituição de atuação. O grupo de pesquisa marcou nas avaliações a necessidade de capacitar, solidificar as estratégias de acolhimento, escuta, empatia e manejo qualificado, na perspectiva integrada e interprofissional, com enfoque na qualificação da assistência à mulher em situação de violência no município.

Os seminários destacaram-se como iniciativa, além de pioneira, relevante e proveitosa, com intuito de não somente de elaborar coletivamente estratégias para incidir sobre o ciclo de violência, como também de prevenir a VDCM, a partir do empoderamento feminino, ações de conscientização do homem e qualificação profissional para condução de casos, como evidenciado nos registros das cartas utilizadas como momento de autoavaliação pelos participantes (ANEXO D - CARTAS DE AVALIAÇÃO - O QUE ESTOU LEVANDO PARA O MEU SERVIÇO?):

Considero que a troca de saberes e experiências é uma força motriz p/ as transformações sociais. Aprofundar e ouvir sobre um tema tão importante ressalta a minha importância enquanto profissional de APS em contribuir p/ a qualidade de vida e de fomentação de políticas voltadas p/ as nossas mulheres [CARTA 3].

Participar de um evento tão importante é muito inovador. Essa troca de experiência só faz a gente crescer como pessoa e como profissional [CARTA 4].

Com essa pesquisa e esse encontro, pude avaliar que temos vários profissionais desprovidos de conhecimento, e que esse encontro abriu a mente e os olhos de várias pessoas, inclusive eu [CARTA 6].

Estou levando a experiência e o entendimento de que violência contra as mulheres não é apenas um problema de segurança pública, e que nós como profissionais da área da saúde podemos ajudar essas mulheres orientando, dando apoio e as ouvindo, para que esse ciclo, essa cultura de violência seja extinta [CARTA 11].

Figura 5, a seguir, evidencia os vocábulos de maior evocação, com destaque para conhecimento, trabalho, momento, experiência, ideia, aprender, adquirir, encontro e importância. Sendo o conhecimento, cerne central do encontro, associado a núcleos periféricos como ajudar, realizar, aprendizado, equipe, rede, experiência, trabalho e momento, destacando a iniciativa como adjuvante, no sentido de modificar

as práticas e fragilidades, de modo a conscientizar e estabelecer o manejo qualificado destas mulheres dentre os dispositivos da rede.

Figura 5 - Avaliação dos Seminários em Nuvem de Palavras sobre a integração intersetorial



Fonte: Composição da autora.

Essa avaliação permite identificar que a formação dos profissionais de saúde é muito restrita a um sujeito com discurso de valorização do serviço hospitalar na saúde com assistência curativa, mesmo quando esse profissional é atuante na APS (Odorcik *et al.*, 2021). As Metodologias Ativas utilizadas pela pesquisadora (Apêndice E) na condução dos seminários os trouxeram para realidade dos serviços e das necessidades associadas à VDCM na APS.

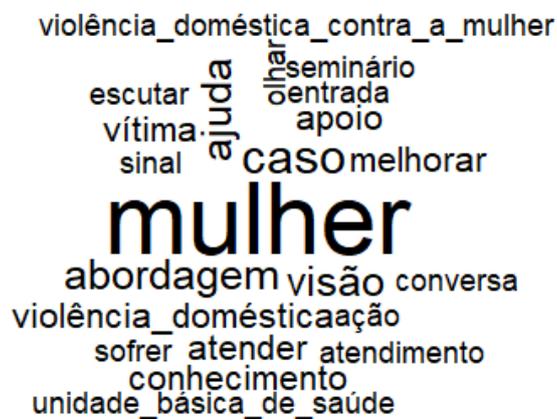
Utilizando da problematização de Freire, buscou-se que as mudanças de práticas do fazer dos trabalhadores participantes emergissem a partir de uma reflexão crítica, transformadora, construindo, assim, um ser dialético para uma atuação de “Um sujeito que procura construir a sua própria história levando em consideração sua cultura, seus saberes acumulados e torna-se corresponsável pelo seu processo de aprender [...]” (Xavier *et al.*, 2014, p.77).

Os participantes afirmaram que a visão sobre a problemática se tornou mais apurada e atenta aos sinais para identificação dos diversos tipos de violência, apesar

da in experiência no atendimento a mulheres em situação de violência doméstica, atentando-se ao referenciamento e contrarreferenciamento de qualidade, enfatizando a UBS como porta de entrada e o preenchimento eficaz das fichas de notificação.

A avaliação dos participantes pode ser analisada, a seguir, pela Figura 6, que dispõe acerca da análise de similitude e nuvem de palavras.

Figura 6 – Análise de similitude em nuvem de palavras emergida das avaliações dos seminários



Fonte: Composição da autora.

Na análise de similitude, o vocábulo mulher esteve no centro do diagrama, conectando-se diretamente às palavras violência doméstica, ajuda, apoio, visão e sofrer, visualizando-se conjuntamente aos núcleos periféricos abordagem, caso, vítima e visão. Na nuvem de palavras, por conseguinte, destacam-se os vocábulos mulher, abordagem, caso, ajuda e visão.

Seguido do encerramento do ciclo de ideias e avaliação de aprendizagem, em que os participantes também expuseram os sentimentos que emergiram a partir da participação e avaliação dos encontros, mediante a construção de um painel: Que bom, Que tal e Que Pena, com tarjetas coloridas (Quadro).

Quadro 6- Avaliação da dinâmica de Tarjetas: Que bom, que tal, que pena

Que bom	Que tal	Que pena
<ul style="list-style-type: none"> - Que aprendi novos conhecimentos e vou poder ajudar minha equipe a despertar sobre o assunto. · Que conseguimos construir o fluxo de atendimento para a violência. · Que agora temos mais uma ajuda para as mulheres. · Que vou sair com grandes conhecimentos. · Que o objetivo foi alcançado. · Que tive a oportunidade e posso somar. · Que concluímos nosso fluxo. · Trabalho concluído. · Que bom que participei desse evento, tão gratificante e rico de conhecimento. - A troca de experiência na construção dessa rede, as novas amizades e conhecimento novos. · Que tive a oportunidade de participar e dividir conhecimento. · Porque fizemos um projeto que esperamos que não fique só no papel. Eu estou levando desse encontro vou observar mais na minha área de trabalho para descobri violência contra a mulher. Estou levando meu material de orientação. 	<ul style="list-style-type: none"> · Ter continuidade dos encontros · Definir mais um encontro em alguns meses... ver experiências... · No próximo encontro a presença do gestor · Um abraço! · Ninguém desistir · Novos encontros como esse · Gratidão · Levamos esse conhecimento além, municípios, vizinhos, colegas de profissão, para que seja expandido em vários lugares. · Existissem sempre a socialização entre as pessoas na construção do bem para o próximo. · Ninguém nunca desistir e esquecer a importância desse encontro. · Que fosse de verdade, para que as mulheres possam, através desse projeto, passar a ser protegidas e amparadas por esses órgãos de verdade. · Que vejamos os frutos do que estamos plantando. 	<ul style="list-style-type: none"> · Que pena que não temos recursos financeiros para ampliar ou pôr em prática algumas ações. · Que o tempo passou rápido. · Que faltou alguns companheiros. · Que não pude participar deste o começo. · Que alguns faltaram. · Que acabou. (2x) · Pouco tempo. · Que alguns participantes não ficaram até o fim dessa construção. · Que muitos faltaram. · Pouco tempo para muita informação. · Que esse curso continuasse mais vezes.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Maraschin e Dalbosco (2022) enfatizam que é necessário rever a formação profissional em saúde, contemplando a formação com caráter mais humano, ético e solidário. Construir o processo formativo, considerando os saberes provenientes das práticas e experiências reais desses profissionais. Permitir que estes sejam sujeitos ativos do processo de aprendizagem. Corroborando, Berbel (2011) consolida esse conceito, enfatizando a importância do “*Aprender fazendo*” e, que o aprendizado nada mais é que a relação direta e constante da teoria com a prática.

Por fim, pode-se colocar que os profissionais participantes das metodologias ativas aplicadas nos seminários consideraram que é de extrema relevância a capacitação dos profissionais, a partir dos saberes existentes e das práticas. A utilização dos novos aprendizados e das trocas de experiências apreendidos, durante

a participação no grupo de pesquisa, irá contribuir e fortalecer o atendimento e a articulação da rede.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou elaborar, participativamente e de forma intersetorial, um plano de ação, com foco na abordagem da VDCM, que possa ser aplicado à ESF de um município do sertão central cearense. Mediante identificação dos saberes e das práticas das EqSF, pontuando as fragilidades e potencialidades em relação à condução dos casos nos territórios, descrevendo as ações realizadas pela APS junto às mulheres em situação de violência doméstica, com reconhecimento das equipes que se articulam com a rede de apoio intersetorial.

Os participantes caracterizaram VDCM como de origem cultural e de contexto complexo. Elencaram-se como fragilidades para o enfrentamento: a deficiência da articulação em rede, no tocante a descontinuidade do seguimento da mulher ao longo dos dispositivos; falta de serviços de controle social (desarticulação do Conselho Municipal de Direitos da Mulher); ausência documental do fluxo de referência e contrarreferência adequada; falta de recursos humanos e físicos para investimento na linha de cuidado; ausência de capacitação dos profissionais; dificuldades relacionadas a notificação (inexistência de busca ativa, desconhecimento da ficha de notificação do SINAN e do fluxo das notificações de violência interpessoal); desinformação por parte das mulheres sobre as políticas de apoio; sobrecarga dos serviços públicos; medo dos profissionais de saúde de se aproximarem da problemática; e carência de proteção no ambiente de trabalho.

Nesse sentido, o Plano de Ação elaborado pelo grupo de pesquisa deu prioridade as seguintes problemáticas: deficiência e descontinuidade do cuidado, desconhecimento por parte das mulheres sobre seus direitos, falta de educação permanente, falta de recursos, medo por parte dos profissionais em conduzir os casos, poucos serviços de apoio psicológico, ausência de fluxos, escassez de definição de políticas públicas municipais, carência de apoio entre os pares, baixa participação e controle social, e apoio familiar.

Como potencialidades, verificou-se a UBS como porta de entrada dos serviços de saúde e a existência de uma rede de serviços de referência, apoio à assistência e proteção as mulheres, como CAPS, CRM, CRAS, CREAS, os conselhos e os serviços ofertados nos sindicatos. O grupo aponta esses serviços com capacidade de realizar escuta, acolhimento e segmento adequados desse público. Identificou-se, ainda,

como potencialidades a serem exploradas as visitas domiciliares e o fortalecimento das estratégias educativas e coletivas existentes no município.

A discussão seguiu com a preocupação de um alinhamento de ações intersetoriais conjuntas entre os setores, como possibilidades de atendimentos individuais e grupais preventivos, assim como ampliação de políticas públicas municipais de apoio à rede de enfrentamento a VDCM. Destacou-se, como desafio, a integração dos âmbitos preventivo para solidificação e qualificação para essa linha de cuidado no município.

As principais ações apontadas para o enfrentamento dos problemas foram: a construção e divulgação de fluxo intersetorial, reforçando o acolhimento e a comunicação efetiva; ações preventivas como rodas de conversas e campanhas educativas sobre direitos das mulheres com divulgação nos diversos veículos; ações conjuntas entre as secretarias municipais, como exemplo o Programa Saúde na Escola; capacitação a todos os servidores da rede de apoio e proteção à mulher, em todos os níveis de escolaridade; ampliação dos atendimentos psicológicos, principalmente no apoio matricial da APS; referência e contrarreferência qualificada entre os setores; reativação do Conselho Municipal da Mulher; e grupos formativos de conscientização do homem.

Por fim, o PES encerrou-se com a construção do fluxograma pelo próprio grupo participante e validação do Plano de Ação em plenária. O grupo expressou o desejo da necessidade de utilização posterior do material e a organização dos serviços no município. As palavras foram de satisfação, em totalidade, no sentido da aquisição de conhecimento, troca de experiências e repasse à equipe multiprofissional da instituição de atuação.

A maior parte das avaliações expressaram o desejo de capacitar, solidificar as estratégias de escuta, do acolhimento empático e manejo qualificado de ações necessárias, em uma perspectiva integrada e interprofissional. O enfoque do grupo busca a qualificação da assistência a mulher em situação de violência no município em toda rede, destacando-se como iniciativa, além de pioneira nesse território, relevante e proveitosa, com intuito de não apenas romper o ciclo de violência, como também preveni-la, a partir do empoderamento feminino e dos profissionais da rede.

A reflexão do trabalho em rede e de forma intersetorial foi avaliada positivamente pelos participantes em todos os seminários, a importância da discussão

em grupo, a interface dos diferentes saberes sobre esse fenômeno servirão para realização de mudanças e construção de novas práticas nos territórios, ampliando, assim, melhor acesso das mulheres aos serviços que podem apoiá-la no enfrentamento da VDCM que vivenciam.

O debate realizado pelos diferentes saberes trouxe maior segurança para que os setores envolvidos se tornem espaços de diálogo, identificação, escuta e encaminhamento qualificado às mulheres. O plano de ação e o fluxograma, se implantados, contribuirão para o enfrentamento da VDCM no município.

Como limitações do estudo, citam-se a rotatividade de profissionais na APS, a ausência da categoria médica, que mesmo tendo sido convidada por mais de uma tentativa não aderiu à participação nas discussões, assim como de representantes da segurança e justiça. A desativação do Conselho Municipal da Mulher no município, fator que contribuiu para a baixa participação de conselheiros.

Este estudo indica que é relevância a participação dos profissionais de saúde, principalmente da APS, na construção de planejamentos estratégicos e na participação de momentos intersetoriais de educação permanente sobre a VDCM. Esses momentos permitem que estes profissionais fiquem mais atentos à problemática, possibilitando que estes se utilizem de abordagem mais empática e escuta mais qualificada com as mulheres em situação de violência doméstica.

O planejamento intersetorial fortalece e consolida a rede de apoio local, auxilia na construção de ambientes seguros e preparados para receber a mulher em situação de violência, assim como promove e estimula a cultura de paz e o respeito de gênero, principalmente no âmbito intrafamiliar. Este estudo propicia, ainda, a prevenção da revitimização da mulher e oportuniza os trabalhos de conscientização do agressor em todos os âmbitos.

Esta pesquisa produziu um Plano de Ação Intersetorial e um fluxograma que poderão ser utilizados pelo município de Boa Viagem como instrumento de planejamento para as ações de enfrentamento da VCM, além de vídeo instrutivo (<https://youtu.be/6UI-89RafWg>) sobre as MA que podem ser aplicadas à pesquisa-ação e um Seminário Intersetorial para o Enfrentamento da Violência contra a Mulher, no município local do estudo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T.S.; Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface**, Botucatu, v.20, n.57, p.389-401, 2016.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ANDRADE, C. D. J. M.; FONSECA, R. M. G. S. D. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 591-595, 2008.

AVILÁ, T. A.P. Notificação compulsória e comunicação externa em casos de violência doméstica contra a mulher. *In*: STEVENS, C. *et al.* (orgs.). **Mulheres e violências: interseccionalidades**. Brasília: Technopolitik, 2017. p.523-545.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017.

BARBOSA, J. P. M. *et al.* Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela COVID-19, 2020. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.30, p. 1-13, 2021.

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

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.html. Acesso em: 2 fev. 2023.

BRASIL. **Lei Maria da Penha**: Um avanço no combate à violência contra a mulher. Brasília: Senado Federal, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 737, de 16 de maio de 2001**. Brasília: Gabinete do Ministro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 936, de 19 de maio de 2004**. Brasília: Gabinete do Ministro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica – Saúde sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde., 2011b.

BRASIL. **Lei nº 12.650/2012, de 17 de maio de 2012 - Lei Joanna Maranhão**. Brasília: Senado Federal, 2012a.

BRASIL. **Lei Nº 12.737 de 30 de novembro de 2012 - Lei Caroline Dieckmann**. Brasília: Senado Federal, 2012b.

BRASIL. **Lei 12.845 de 01 de agosto de 2013 - Lei do Minuto Seguinte**. Brasília: Senado Federal, 2013.

BRASIL. **Lei Nº 13.104 de 09 de março de 2015 - Lei do Femicídio**. Brasília: Senado Federal, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM e do PLANO Nacional de Políticas para as Mulheres - PNPM**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde, PNS 2016-2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017**. Brasília: Gabinete do Ministro, 2017b.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **ONDH, Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **E-Gestor Atenção Básica, Informação e Gestão da Atenção Básica**. Relatórios Públicos. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.html>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 78, de 18 de janeiro de 2021**. Brasília: Gabinete do Ministro, 2021.

BORSOI, T.S.; BRANDÃO, E.R.; CAVALCANTI, M.L.T. Actions addressing violence against women at two primary healthcare centers in the municipality of Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.13, n.28, p.165-174, 2009.

BUENO, S. *et al.* Fórum de Segurança Pública. Datafolha Instituto de Pesquisa. **Visível e invisível: a vitimização das mulheres no Brasil**. 3. ed. Brasília: Fórum de Segurança Pública, 2021.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires. **Temas psicol.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CAMPOS, B.; TCHALEKIAN, B.; PAIVA, V. Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de Sars-CoV2/ COVID-19. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 32, p. e020015, 2020.

CAIXETA, B. S.; REGIS, I. C.; ALMEIDA, G. M. C.; ANDRADE, N. P. Atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica na APS, uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.5, n.2, p.4924–4934, 2022.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2018**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Informações de Saúde**. Brasília: CNES, 2021.

COUTO, V.A.; ROCHA, R.L.S.; RIBEIRO, L.M.L.; SILVEIRA, A.M. Intersetorialidade e ações de combate à violência contra a mulher. **Rev Estud Fem.**, São Paulo, v.26, n.2, p.e45859, 2018.

COELHO, B.S.E. (org.). **Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 20157.

DELZIOVO, C. R. *et al.* **Guia para o manejo de situações de violência doméstica contra a mulher na APS**. Florianópolis: UFSC, 2022.

EINHARDT, A.; SAMPAIO, S. S. Violência doméstica contra a mulher - com a fala, eles, os homens autores da violência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. esp., v.138, p.359–378,2020.

FEITOSA, A. L. X. *et al.* Atendimento à mulher que sofre violência doméstica na Estratégia de Saúde da Família. *In: Anais... CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM*, 2017.

FERREIRA, M. R.A.B.; SOUZA, K. A.B.; FONSECA, M. C.C.; FERREIRA, V. S.C. Violência doméstica contra a mulher no contexto da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.1, p.6286-6306, 2021.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Autores associados, 2005.

FRANCO, M. A. S. Pesquisa-Ação Pedagógica: práticas de empoderamento e de participação. **ETD - Educação Temática Digital**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 511–530, 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FREITAS, R. C. S. *et al.* Violência de gênero: o caso da Universidade Federal Fluminense. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 13, p.102-116, 2020.

GEHLEN, M. E.; CHERFEM, C. O. Violência doméstica no campo: inexistente ou invisível? **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 18, p. 01-21, 2021.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. D. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, p. e00118816, 2017.

GOMES, N. P. *et al.* Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 173-178, 2012.

GOMES, R. M. Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e Transtorno de Estresse Pós-Traumático: um enfoque cognitivo comportamental. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 672-680, 2012.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. D.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n.2, p.304-311, 2013.

GUIMARÃES, C. Um homem e seu tempo. Paulo Freire, que completaria 100 anos em setembro, sofreu influência e ao mesmo tempo influenciou uma época em que o Brasil vivia uma efervescência política e cultural **Rev. POLI**, Rio de Janeiro, p.7-10, 2021. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/poli_79_web.pdf. Acesso em: 06 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidade e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/boa-viagem/panorama>. Acesso em: 06 set. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Datafolha. **Violência doméstica durante a pandemia de COVID-19**. Brasília: IPEA, 2020a.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Datafolha. **Atlas da Violência 2020**. Brasília: IPEA, 2020b.

LEITE, A. D. C.; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: Predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.14, n.41, p.2059, 2019.

LIMA, J. C. V. D. *et al.* Rastreamento e encaminhamento de casos de violência contra a mulher por enfermeiras na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, n.25, p.e65579, 2020.

LUCENA, K. D. T. *et al.* Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 139-146, 2016.

MARTINS, P. P. A.; NASCIMENTO, M. A. B. do. O problema social com a violência de gênero com a mulher: um desafio na sociedade com o enfrentamento desenfreado por questões e cuidados com o direito à vida. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 782–791, 2021.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.

MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, D.M.R.; CIAMPONE, M.H.T. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.18, n.2, p.165-171, 2005.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

- MENEZES, P. R. M. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersectorial e atenção integral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.778–786, 2014.
- MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MINAYO, M. C. D. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 26. ed. Rio de Janeiro, 2007.
- MOREIRA, S. D. N. T. *et al.* Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 1053-1059, 2008.
- MOTA, A. R. *et al.* Práticas de cuidado da(o) enfermeira(o) à mulher em situação de violência conjugal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 840-489, 2020.
- NUNES, J. M.; INFANTE, Maria. Pesquisa-ação: uma metodologia de consultoria. *In*: VENÂNCIO, E. P. D. S. J. **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 97-114.
- OLIVEIRA, M. B.; FERIGATO, S. H. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 3, p. 508–521, 2019.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **COVID-19 e a violência contra a mulher: O que o setor/sistema de saúde pode fazer**. Brasil: OPA, 2020.
- PAZINI, K. B.; GIULIANI, C. D.; JUNQUEIRA, M. A. B. A atenção às mulheres vítimas de violência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *In*: **Anais... SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO**, 11., Florianópolis, 2017.
- PESSOA, V. M. *et al.* Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.17, n.45, p. 301–314, 2013.
- PICHETH, S.; CASSANDRE, M.; THIOLENT, M. Analisando a pesquisa ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. **Educação**, Porto Alegre, v. 39, n. esp., supl., p. s3-s13, 2016.
- PINHEIRO, D. D. F. *et al.* Lei Maria da Penha Sob a Ótica de Agentes Comunitários de Saúde. *In*: SIQUEIRA, L.F. S.; SILVA, M. C. D. O. **Violência Doméstica e Direitos Humanos das Mulheres**. São Luís: Expressão Feminista, 2021. Cap. 10, p. 102-109.
- REDE OBSERVATÓRIOS DE SEGURANÇA. **Produtos e relatórios**. Rio de Janeiro: ROS, 2021.

REGO, J. M. *et al.* Gênero e Violência: Conquistas e Obstáculos na Proteção dos Direitos Humanos das Mulheres no Brasil. *In*: SIQUEIRA, L. F. S.; SILVA, M. C. D. O. **Violência Doméstica e Direitos Humanos das Mulheres**. São Luís: Expressão Feminista, 2021. Cap. 19.

SANTOS, A. P.; BEVILACQUA, P. D.; MELO C. M. Atendimento à mulher em situação de violência: construção participativa de um protocolo de trabalho. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 44, n. 125, pp. 569-579, 2020.

SANTOS, C. V. M.; IRINEU, B. A. Violência contra mulheres e promoção de saúde mental na comunidade. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 11, n. 1, p. 232-245, 2019.

SANTOS, M. T. B. Importância do apoio psicossocial a vítimas de violência doméstica. *In*: **Anais...** CONBRACIS, 3., 2018.

SCHRAIBER, L.B.; D' OLIVEIRA, A.F.P.L.; JÚNIOR, I.F.; PINHO, A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p.470-477, 2002.

SCHEIN, S. *et al.* Atenção à saúde da mulher vítima de violência: um recorte temporal. **Braz J Health Res.**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 174-85, 2019.

SEHNEM, G. *et al.* Violência contra as mulheres: atuação da enfermeira na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, n.9, p.e62, 2019.

SILVA, E. B. D.; PADOIN, S. M. D. M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 249-258, 2015.

SILVA, E. D. M. A odontologia e a violência doméstica contra mulheres: diagnóstico e conduta. **Scire Salutis**, Sergipe, v.9, n.3, p.22-32, 2019.

SILVA, A.S. *et al.* Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v.25, n.2, p.182-186, 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS E NOTIFICAÇÃO. DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Informações de Saúde. **Violência Interpessoal/Autoprovocada – Ceará**. Brasília: SINAN, 2021.

SOARES, C. B.; CORDEIRO, L.; CAMPOS, C. M.S.; OLIVEIRA, L. C. **Pesquisa-ação Emancipatória**: metodologia coerente com o materialismo histórico e dialético. Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas. São Paulo: Instituto de Saúde., 2018.

SOBRAL, F.R.; CAMPOS, C.J.G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, n.1, p.208-218, 2012.

SOUZA, H. L.; GONSALVES, E. N.; SILVA, P. V.C. Oficinas Socioculturais: uma proposta dialógica para o enfrentamento à violência de gênero. *In: Anais... SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO*, 10., Florianópolis, 2013.

SOUZA, K. R.; MENDONÇA, A. L. O. A atualidade da 'pedagogia do oprimido' nos seus 50 anos: a pedagogia da revolução de Paulo Freire. **Trabalho, Educação e Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.e0018819, 2019.

SOUZA, M. A. R. D. *et al.* The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p.e03353, 2018.

TEIXEIRA, J. M. S.; PAIVA, S. P. Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n.2, p.e310214, 2021.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

VELOSO, M. M. X. *et al.* Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1263-1272, 2013.

VERASTZO, E. V. *et al.* Evaluation of concepts regarding the construction of scientific knowledge by the congenitally blind: an approach using the Correspondence Analysis method. **Ciênc. educ.**, Bauru, v.24, n. 4, p. 837-857, 2018.

VIANA, A. L. *et al.* Violência contra a mulher. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 4, p. 923-929, 2018

VIEIRA, L.J.E.S. *et al.* **Fatores de Risco para Violência Contra a Mulher no Contexto Doméstico e Coletivo**. São Paulo: Saúde Social, 2008.

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**, Brasília, v. 23, p.e200033, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consulta global sobre violência e saúde. Violência: uma prioridade de saúde pública**. Genebra: WHO, 1996.

XAVIER, L. N. *et al.* Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **SANARE - Revista De Políticas Públicas**, Sobral, v.13, n.1, p.76-83, 2014.

ZUCHI, C. Z. *et al.* Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da estratégia saúde da família acerca da escuta. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 22, p.e-1085, 2018.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ABORDAGEM INTERSETORIAL E INTEGRADA A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA PESQUISA-AÇÃO

Pesquisadores: Rafaelle Dantas Bezerra e Vanira Matos Pessoa

O (A) Sr. (a) está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Esse projeto de pesquisa se justifica por apresentar como proposta uma contribuição sobre a temática “o papel das Equipes de Estratégia Saúde da Família no contexto da violência doméstica contra a mulher (VDCM)”. O motivo que nos leva a convidar o (a) Sr. (a) para participar é o fato de estar inserido em equipamentos sociais que estão diretamente ligados na tratativa da VDCM no município. O Objetivo geral desta pesquisa é elaborar, participativamente e de forma intersetorial, um plano de ação com foco na abordagem da violência contra a mulher que possa ser aplicada na ESF do município. Buscamos ainda, de forma específica:

- Identificar os saberes e práticas das equipes da ESF sobre a violência contra a mulher, pontuando as fragilidades e potencialidades em relação a condução da VDCM nos territórios.
- Descrever as ações realizadas pelas EqSF junto as mulheres em situação de violência doméstica;
- Reconhecer como as equipes se articulam com a rede de apoio intersetorial disponível para abordagem da VDCM.

Procedimentos:

A participação do Sr. (a) consistirá na sua colaboração para participar de alguns seminários que chamaremos na pesquisa de “Encontros de debates”, onde teremos a apresentação do tema e os indicadores locais da VDCM no município e a parti dessa explanação responderemos coletiva e intersetorialmente perguntas reflexivas, com compartilhamento de repostas em grupo sobre o tema e sua relação com a sua prática profissional na atenção primária dessas mulheres, assim como construiremos em grupo um plano de ação que poderá ser utilizado posteriormente na rede de atenção primária para melhorar o acolhimento e atendimento a essas mulheres. Os seminários serão gravados em mídias áudio visual e registrados pela pesquisadora em diário de

campo. Garantiremos o acesso aos resultados individuais e coletivos da pesquisa.

Desconfortos e riscos:

Você **não** deve participar deste estudo se não estiver vinculado com período igual ou superior a 06 meses na equipe de trabalho; ou vinculado aos colegiados da Sociedade Civil: Conselho Municipal da Mulher ou do Conselho Municipal de Saúde; e se não estiver devidamente vacinado com 03 doses da vacina contra a COVID-19. Sua participação poderá acarretar alguns riscos de tristeza, ansiedade, medo, aborrecimento, constrangimento, ou desconfortos como timidez, vergonha, cansaço, gasto de tempo, lembranças indesejáveis, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias, quebra do anonimato pela sua identificação, mesmo de forma involuntária. Estaremos comprometidos em minimizar desconfortos, garantindo que o local dos seminários será reservado e que haverá liberdade para não responder questões que considerar constrangedoras.

Benefícios:

Essa pesquisa poderá gerar respostas positivadas através do seu auto reconhecimento no papel social e seu compromisso político como agente social em um equipamento político e institucional, principalmente em relação a unidade de assistência que você atua, que é uma instituição representativa da porta de entrada no SUS, solo garantidor da saúde como direito de todos. O fortalecimento das instituições públicas de acolhimento a mulher em situação de violência também pode ser colocado como benefício.

Acompanhamento e assistência:

Assumimos a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. Nos comprometemos a suspender sua participação na pesquisa, no momento que desejar, e encaminha-lo aos serviços de atenção e apoio psicossocial de saúde do município, caso seja necessário. Contudo, teremos toda a cautela de abordar a temática de forma leve e menos constrangedora possível, nos utilizando de Metodologias Ativas como estratégia de estimular o debate e mitigar possíveis desconfortos na sua participação.

Sigilo e privacidade:

O nome do (a) Sr. (a) não será exposto de forma alguma e lhe será garantido o sigilo e a privacidade dos dados coletados durante toda a pesquisa. Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado, pois asseguramos a confidencialidade e a proteção da imagem.

Ressarcimento e Indenização:

O (A) Sr. (a) não receberá nenhum pagamento para participar desta pesquisa, mas também, não terá nenhuma despesa. Se houver algum gasto exclusivamente para participar desta pesquisa, este gasto lhe será ressarcido. O (A) Sr. (a) também terá direito a indenização no caso de qualquer dano que eventualmente aconteça e que for produzido pela pesquisa.

Contato:

Em qualquer momento desta pesquisa o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O (s) responsável (eis) pela pesquisa é (são) Rafaelle Dantas Bezerra e Vanira Matos Pessoa, que pode (m) ser encontrado (s):

- Rafaelle Dantas Bezerra – Rua Manoel Pereira, 181 – Maracanaú/CE. Telefone: (88) 9 9939-5790. E-mail: rafaelledantas2301@gmail.com
- Vanira Matos Pessoa – Telefone: (85) 9 9623 – 8508. E-mail: vanira.pessoa@fiocruz.br

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IFCE das 08:00hs às 12:00hs e das 13:00hs as 17:00hs no IFCE Reitoria - R. Jorge Dumar, 1703 - Jardim América, Fortaleza - CE, 60410-426; fone (85) 34012332 e-mail: cep@ifce.edu.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do(a) participante:

Contato telefônico (opcional):

e-mail (opcional):

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Data: ____/____/2022.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Nome do(a) pesquisador(a): RAFAELLE DANTAS BEZERRA

Assinatura da pesquisadora

Data: ____ / ____ /2022.

Redação Final da dissertação após as considerações da banca e redação do e de artigo científico																X	
Submissão de artigo científico para publicação																	X

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa - que a Secretaria Municipal de Administração e Finanças de Boa Viagem, responsável pelo setor de Recursos Humanos do município, conhece o protocolo de pesquisa intitulada “ABORDAGEM INTERSETORIAL E INTEGRADA A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA PESQUISA-AÇÃO” a ser realizada por Rafaelle Dantas Bezerra, sob a orientação de Vanira Matos Pessoa.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nessa pesquisa, concordo em fornecer os subsídios necessários para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o cumprimento das determinações éticas contidas nas Resoluções brasileiras, a exemplo da Resolução CNS no 466/2012; a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa, sempre que se fizer necessário; de que não haverá nenhuma despesa para esta instituição decorrente da coparticipação nessa pesquisa; e, no caso do não cumprimento dos itens anteriores, a liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma para esta instituição. Acrescento, ainda, que o referido projeto somente poderá ser iniciado a partir da APROVAÇÃO do CEP.

Boa Viagem/CE, ____ de _____ de 2021.



Rafaelle Dantas Bezerra

Assinatura e carimbo

APÊNDICE D – QUADRO DE ATIVIDADES REALIZADAS NOS SEMINÁRIOS

Quadro 7 – Planejamento para coleta de dados

Atividade	Objetivo	Instrumento	Carga horária
Seminário 1 - Conhecendo os participantes e contextualizando a VDCM	Oportunizar uma reflexão crítica sobre a relevância da problemática para o contexto da APS e da comunidade.	Acolhimento: 1. Apresentação cultural 2. Atividades dinâmicas para que os participantes se apresentem	30 minutos
		Problematização: 1. Painel online na plataforma “Mentimeter”, que criou apresentações em forma de “chuva de ideias”, com o objetivo de identificar conhecimentos centrais da VDCM nos territórios de atuação da APS.	1 hora 15 minutos
		Comentários e apreciações: 2. Compartilhamento dos sentimentos com o primeiro contato com a problemática.	15 minutos
Seminário 2 - Diagnóstico dos problemas enfrentados na abordagem a VDCM	Conhecer as ideias iniciais do grupo sobre a temática, um diagnóstico prévio do grupo sobre o fenômeno, uma forma de identificar e contextualizar o saber inicial sobre o tema.	Acolhimento: 3. Recepção dos participantes com dinâmica.	15 minutos
		Problematização: 1. Miniexposição com conceitos e estatísticas da VDCM no Brasil, Estado e município. 2. O grupo foi subdividido para confecção de um mural com tarjetas coloridas com ideias chaves que descrevam a problemática, fragilidade e potencialidades no território.	1 hora e 30 minutos
		Comentários e apreciações: 1. Compartilhamento das identificações a partir da problemática tratada.	15 minutos
Seminário 3 - Definição das Prioridades de	Análise crítica da problemática, levantamento de ações a serem desenvolvidas e pontos	Acolhimento: 2. Recepção dos participantes com vídeo problematizador que serviu como disparo das análises.	30 minutos
		Problematização: 3. O grupo foi dividido em três subgrupos para discutir o tema proposto.	1 hora e 15 minutos

Atividade	Objetivo	Instrumento	Carga horária
Abordagem a VDCM na Rede e na APS	fortes que ajudaram na tomada de decisão do grupo.	4. Discussão e elaboração de cartazes para dividir a síntese de ideias. 5. O grupo foi novamente unificado em plenária para a análise e validação dos resultados dos subgrupos.	
		Comentários e apreciações: 1. Elaboração de cartas com os sentimentos que emergiram a partir das análises construídas pelo grupo e os sentimentos que eles levam para o serviço.	15 minutos
Seminário 4 – Apresentação e elaboração de proposta integrada e intersetorial de abordagem a VDCM	Construir um plano de ação com bases nos problemas levantados e buscar traçar um planejamento de qualificação da assistência no município.	Acolhimento: 2. Apresentação artística para recepcionar os participantes.	15 minutos
		Problematização: 3. Apresentação Planejamento Estratégico Situacional (PES), com registro em documento digital, com apresentação de resultado da explanação em tempo real.	1 hora e 15 minutos
		Comentários e apreciações: 4. Fala livre de avaliação do seminário pelos participantes.	60 minutos
Seminário 5 – Finalização do Plano de Ação e proposta integrada e intersetorial de abordagem a VDCM	Finalizar e aprimorar o plano de ação com bases nos problemas levantados e buscar traçar um planejamento de qualificação da assistência no município.	Acolhimento: 5. Recepção dos participantes com dinâmica de acolhida;	15 minutos
		Problematização: 6. O grupo foi subdividido para confecção de um mural com tarjetas coloridas as propostas que fizeram a composição do Plano de Ação.	1 hora e 15 minutos
		Comentários e apreciações: 1. Compartilhamento dos sentimentos em relação a construção do PES e conclusão do plano de ação.	15 minutos
Seminário 6 – Validação do Plano de Ação e	Investigar e discutir o fluxo de atendimento a mulheres em situação de violência e quais os	Acolhimento: 2. Recepção dos participantes com dinâmica “Corredor do Cuidado”	15 minutos

Atividade	Objetivo	Instrumento	Carga horária
elaboração do Fluxograma intersetorial de abordagem a VDCM	novos ensinamentos e possíveis. mudanças apreendidos a partir dos seminários	Problematização: 1. Construção do Fluxograma intersetorial de abordagem a VDCM que seja exequível aos serviços do município e validação da proposta do Plano de Ação.	1 hora e 15 minutos
		Comentários e apreciações: 2. Compartilhamento dos sentimentos através da dinâmica: Que bom, Que tal e Que pena. Explorar os sentimentos em relação a parti da participação de cada um no estudo e sobre a problemática em todos os seminários. 3. Posteriormente aplicação do formulário diagnóstico da plataforma Google Forms (Apendice G).	30 minutos

Fonte: Própria Autora

APÊNDICE E – DINÂMICAS UTILIZADAS NA COLETA DE DADOS

Quadro 8 - Descritivo das dinâmicas desenvolvidas durante a coleta de dados

DINÂMICA	COMO FUNCIONA?	OBJETIVO	MATÉRIAS
Teia do Envolvimento	O facilitador inicia com a ponta da lã amarrada ao dedo indicador. Vai repassando o novelo a para o restante do grupo fazer o mesmo, dizendo o nome, fazendo uma apresentação pessoal e dizendo quais suas expectativas para os encontros que ocorrerão.	- Permitir a apresentação pessoal para o grupo. - Desenvolver a autoconfiança dos participantes. - Integrar o grupo condutor.	- Rolo de lã - Espaço Amplo
Que bom, que pena que tal?	Cada participante escreve em breves palavras um resumo da vivência que ele achou positiva, que faltou estar presente ou discutido e deixa uma sugestão, em seguida montamos coletivamente um mural que será posteriormente discutido em plenária	- Avaliar os aprendizados em breves palavras	- Tarjetas de papel coloridos (Ex: amarelo, azul e rosa); - Pincel escolar - Fita adesiva de parede (gomada)
Painel de sentimentos	Cada participante é convidadas a lembrar das emoções que sentiram a partir das discussões e escolher um sentimento ou emoção	- Permitir o autoconhecimento, a partir da identificação de emoções sentidas no seminário. - Provocar reflexões plurais entre os participantes.	- Tarjetas de papel - Pincel escolar
Um carta para si próprio	Cada participante escreve uma carta a si próprio, seguindo as perguntas: - Como avalio as vivências no grupo condutor? - O que estou levando para meu trabalho?	- Levantar de expectativas individuais, e o compromissos consigo próprio e a problemática; - Promover a autoconhecimento, sensibilização, reflexão, automotivação.	- Folhas de papel ofício; - Canetas esferográficas; - Envelopes de Carta.

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE F – FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES

Quadro 9 - Caracterização do perfil dos participantes

PERFIL SOCIAL
Sexo
Idade
Estado Civil
Religião
Cor
PERFIL PROFISSIONAL
Formação
Escolaridade
Tempo de Atuação em serviços de apoio a VDCM
Tempo de atuação em Boa Viagem
Função atual no serviço
Já participou de capacitações sobre VDCM?

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE G – ROTEIRO COM AS PERGUNTAS ORIENTADORAS DOS SEMINÁRIOS

Quadro 10 – Roteiro de entrevistas para as rodas de debates

Seminário	Perguntas provocadoras
Seminário 1	Como os senhores(as) compreendem a Violência Doméstica Contra a Mulher na sua prática profissional?
Seminário 2	Como é desempenhar a acolhida a mulher em situação de violência doméstica? Quais as dificuldades e facilidades encontradas? Quais os pontos de apoio, organizações públicas e/ou de referência possuímos hoje no município?
Seminário 3	Qual a importância do desenvolvimento de ações intersetoriais para o enfrentamento da VDCM no município? Como sugere que esse problema deva ser tratado dentro da prática da Estratégia Saúde da Família? Como podemos fortalecer a APS para que a mesma seja consolidada como um dos pontos de atenção à saúde e rede de apoio a mulher em situação de violência?

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE H – PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA OS ENCONTROS DO ESTUDO “ABORDAGEM ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Para minimizar os riscos de transmissão da Covid-19 durante o desenvolvimento do nosso estudo em atividades presenciais, todos devem respeitar o protocolo de convivência, higiene e distanciamento social.

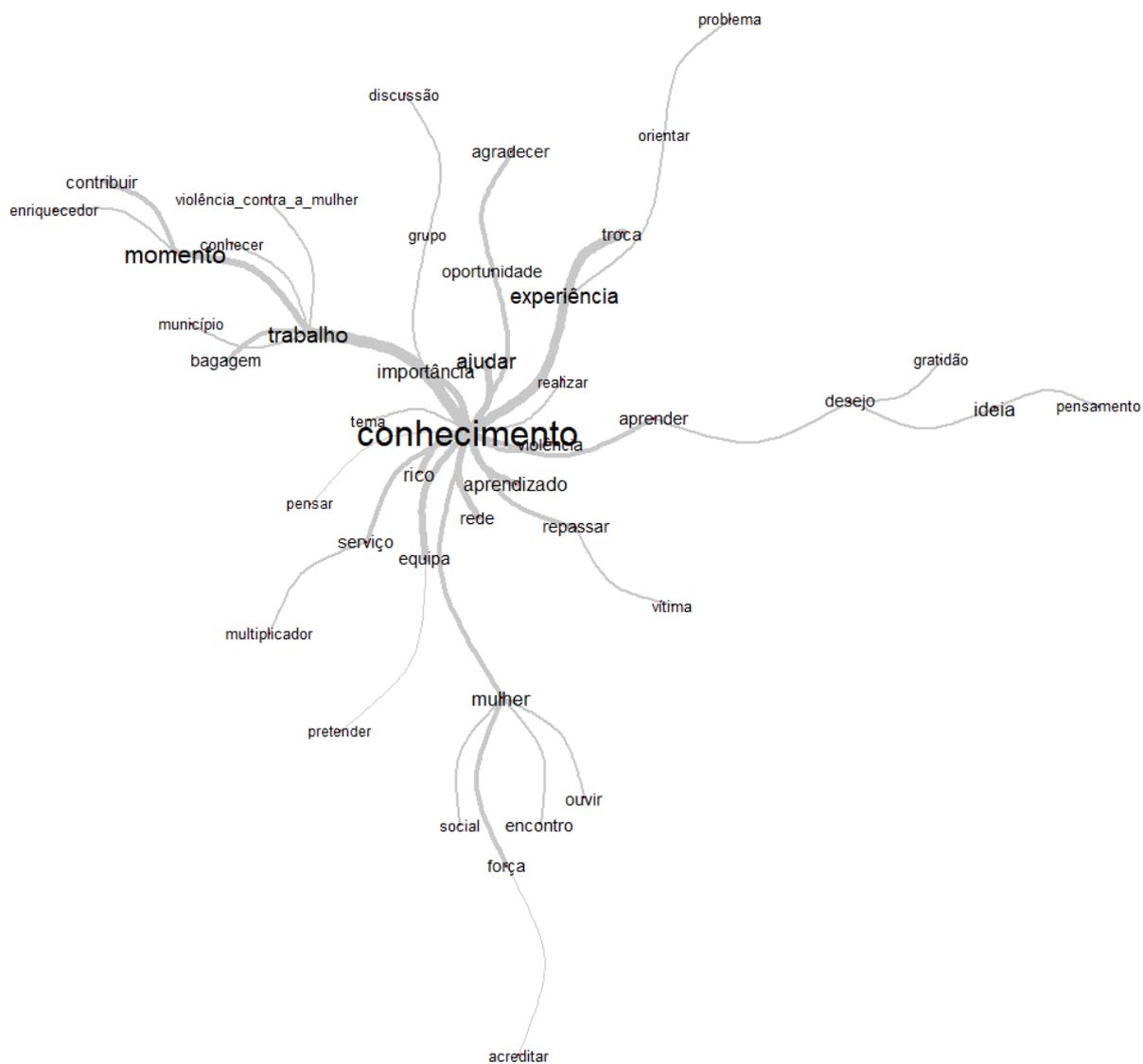
1. Uso obrigatório de máscara pelos participantes durante todos os encontros.
2. Apresentação obrigatória da Certificação Vacinal, comprovando a vacinação com 02 doses + 01 reforço do imunobiológico contra a COVID-19.
3. Será fornecido em locais estratégicos e individualmente, álcool gel a 70% aos participantes.
4. Os participantes serão orientados: caso apresentem sinais sugestivos de Síndrome gripal (febre, tosse, malestar e cefaleia, entre outros), não comparecer aos seminários.
5. Deverá ser cumprida as demarcações específicas para assentamento modo a garantir que os assentos estejam a uma distância mínima de 1,5 metro dos demais.
6. Não será permitido manter contatos físicos, como abraço e aperto de mão.
7. Não será permitido aglomerações nos corredores e banheiros.
8. Manteremos o ambiente aberto e ventilado.

OUTRAS ORIENTAÇÕES:

9. Evite tocar os olhos, boca e nariz.
10. Não será permitido o compartilhamento de objetos, especialmente aqueles de uso pessoal.
11. Evite tocar em objetos de uso comum como portas, maçanetas, corrimão etc.

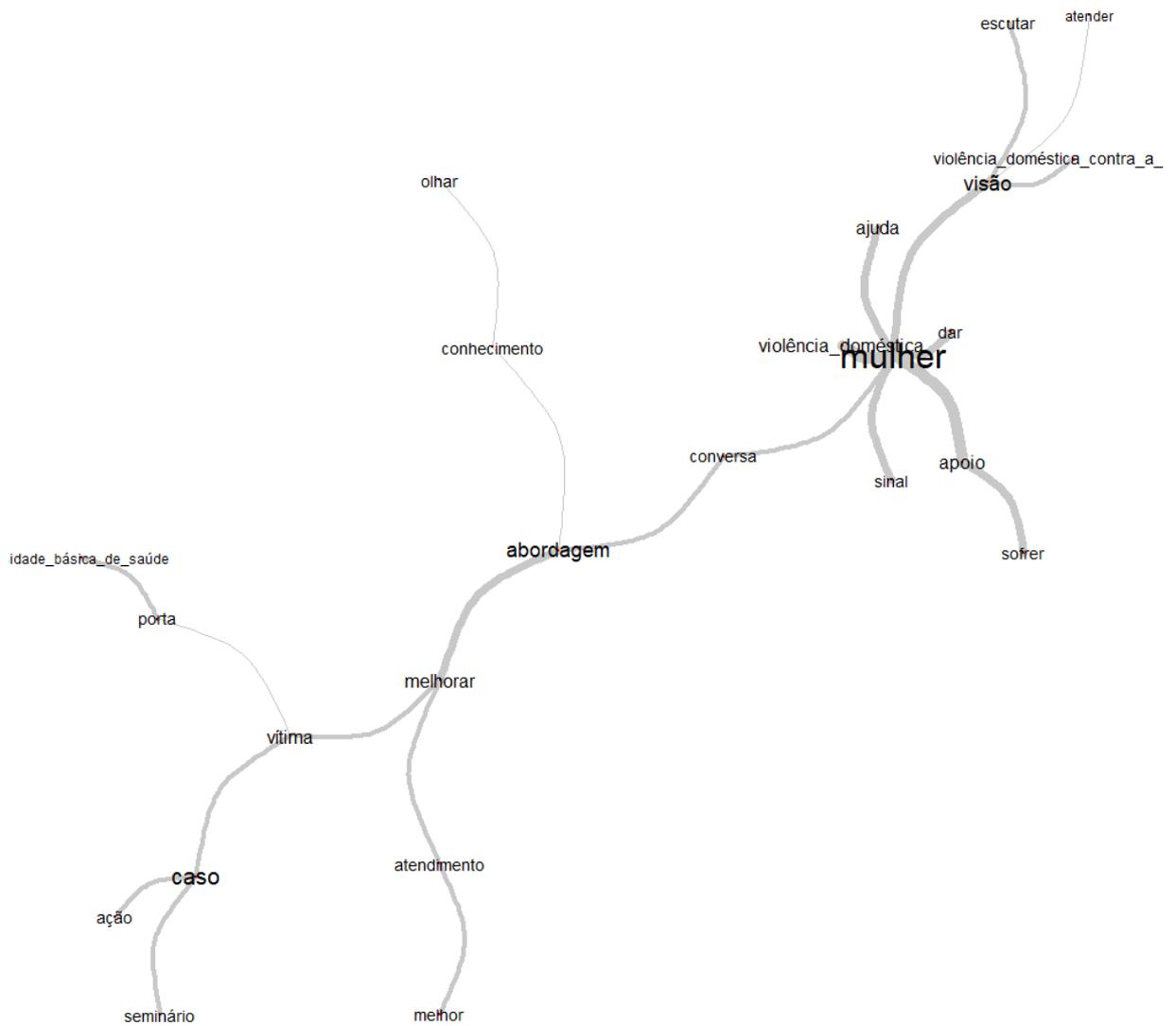
APÊNDICE I – ÁRVORE DE SIMILITUDE

Figura 7 - Análise de Similitude da avaliação dos participantes em relação aos seminários



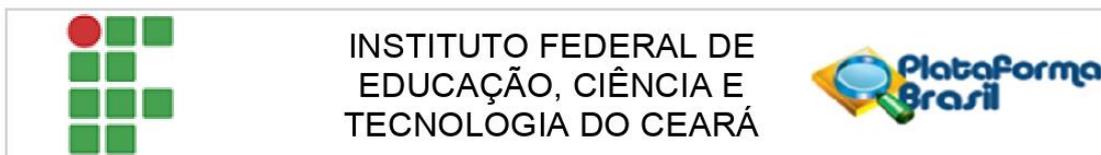
Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Figura 8 - Análise de Similitude da avaliação dos participantes em relação aos seminários



Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABORDAGEM INTERSETORIAL E INTEGRADA A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA PESQUISA-AÇÃO

Pesquisador: RAFAELLE DANTAS BEZERRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55770322.4.0000.5589

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.329.687

Apresentação do Projeto:

RESUMO:

Introdução: A Violência Contra a Mulher (VMC) se configura como qualquer ato ou conduta que cause danos, sofrimento ou morte; tem origem na discriminação ou inferiorização da mulher pela questão do gênero, com as relações desiguais de poder. Se constitui como um dos mais preocupantes problemas de saúde pública nos dias atuais, pois atinge todos os ciclos de vida da mulher e aumenta os índices de morbidade e mortalidade nessa população. Sabe-se que a desigualdade de gênero em âmbito familiar ainda é muito significativa, o estereótipo da mulher submissa, abnegada, obediente ao homem prevalece viva em nossa sociedade. Quando falamos de violência, principalmente contra a mulher, o maior risco de agressão é em ambiente doméstico e por parte dos esposos, companheiros, namorados e ex-namorados. O comprometimento com a redução da violência doméstica contra a mulher não é somente dos órgãos de assistência social e jurídica ou das entidades feministas, e sim de toda a sociedade, principalmente, os serviços de saúde que são um dos serviços mais próximo dessas mulheres. A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das principais portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde para as mulheres em situação de violência doméstica. São os primeiros, e em muitos casos os únicos, centros públicos de assistência à saúde disponíveis para essas mulheres. Queremos com esse projeto de pesquisa apresentar como proposta a elaboração de um Plano de Ação que contribua com a temática considerando o papel das Equipes de Estratégia Saúde da Família (EqESF) no contexto da Violência

Endereço: Rua Jorge Dumar, nº 1703

Bairro: Jardim América

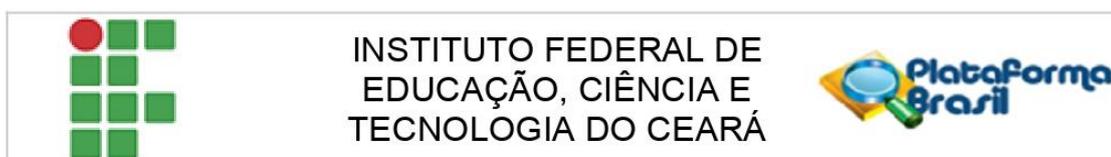
CEP: 60.410-426

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3401-2332

E-mail: cep@ifce.edu.br



Continuação do Parecer: 5.329.687

Doméstica Contra a Mulher (VDCM) no sertão cearense. Objetivo: Compreender como é realizada a abordagem a mulheres em situação de violência doméstica pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família em um município do sertão central cearense. Metodologia: Pesquisa com abordagem qualitativa. Será realizada uma pesquisa ação, que consiste em um método que possibilita o engajamento sociopolítico do pesquisador e dos participantes a serviço de problemas de caráter popular. A coleta de dados será realizada em um município do sertão central cearense, seminários com representantes Multiprofissionais dos setores: saúde, assistência social, controle social e educação. Os seminários serão gravados em mídias áudio visual e registrados pela pesquisadora em diário de campo. A análise de dados se dará pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa seguirá todas as recomendações da Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

METODOLOGIA PROPOSTA:

Tipo de Estudo: Estudo qualitativo. Será realizada uma pesquisa-ação, que consiste em um desenho de estudo que possibilita o engajamento sociopolítico a serviço do enfrentamento de problemas de caráter popular. Local do Estudo: O estudo será realizado no município de Boa Viagem/CE, localizado na região de sertão central cearense, com população estimada de 54,577 habitantes, cobertura de 17 EqSF, em 16 UBS's. Definição dos participantes: Os profissionais convidados serão 20 no total, sendo: dois médicos, dois enfermeiros, dois dentistas, dois técnicos de enfermagem, dois técnicos de saúde bucal e dois agentes comunitários de saúde, todos vinculados em equipes ativas de ESF; bem como, um representante do hospital municipal, um representante do CAPS, um representante da gestão em saúde municipal, um representante do CRAS, um representante do CREAS, um representante do CRM, um representante da Secretaria de Educação e um representante da Sociedade Civil do Conselho Municipal da Mulher ou do Conselho Municipal de Saúde. O estudo terá como ferramenta as Metodologias Ativas de Ensino, que se baseia na construção do autoconhecimento, da autonomia da aprendizagem do participante. Essa ferramenta tem como referencial Paulo Freire, através da Pedagogia da problematização, um modelo comprometido com a valorização do diálogo e a desmistificação da realidade, estimulando a transformação social através de uma prática reflexiva e crítica. Fase exploratória: Considerando que a pesquisadora já fez parte da comunidade estudada, enquanto profissional de saúde e munícipe, e conhece a realidade, cultura e condições do território estudado, iniciaremos o processo de aproximação com os participantes a parti de visitas aos equipamentos de atuação. Esse momento nos permitirá observar qual a receptividade das equipes de onde serão convidados

Endereço: Rua Jorge Dumar, nº 1703

Bairro: Jardim América

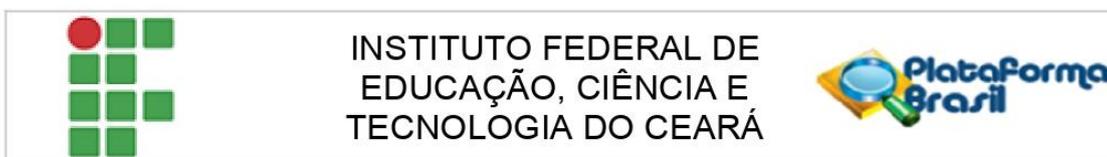
CEP: 60.410-426

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3401-2332

E-mail: cep@ifce.edu.br



Continuação do Parecer: 5.329.687

os participantes, explicar a proposta e objetivos da pesquisa, definir os atores de cada equipamento que irão compor o grupo do estudo. Nesse momento será coletado a assinatura no TCLE (Apêndice A). Seminários: será nossa técnica base para desenvolver a pesquisa. Nesse momento será realizada a fase de problematização do estudo, onde haverá momentos de teorização da realidade trazida pelos participantes, a parti do referencial teórico que ampara o estudo. Será realizada também a resposta ao problema, uma instrumentalização das teorias e práticas, discutindo o contexto vivenciado pelos profissionais. Por fim, a elaboração e validação do plano de ação que poderá ser implantado posteriormente no serviço municipal. O Planejamento Estratégico em Saúde (PES) será utilizado como ferramenta para construção do Plano de Ação. Coleta de dados: Se dará no decorrer dos seminários, através de perguntar provocadoras que constituem um questionário norteador e um formulário eletrônico que será disponibilizado para preenchimento pelos participantes. Posteriormente, essas reflexões serão sistematizadas, analisadas e interpretadas, permitindo o andamento da pesquisa. Os seminários serão gravados em equipamento áudio/visual, que servirão como fonte de informação para análise dos dados. Análise de Dados e produção de informações: A técnica escolhida para essa etapa foi a Análise de Conteúdo. Inicialmente faremos uma organização do conteúdo e uma pré-análise dos achados, uma leitura primária dos dados que serão transcritos e analisados pelo pesquisador. Em seguida se darão as escolhas dos documentos que foram previamente elaborados para análise baseada “tematização” dos temas geradores e interpretação dos dados de forma mais detalhada e que permita a constituição do Corpus da análise, assim como a formulação da hipótese. A avaliação será um processo dinâmico e fará parte de todas as etapas da pesquisa. Ao final do estudo as informações sobre os resultados gerados serão divulgadas ao grupo participante, equipamentos de origem e setores interessados. O estudo será divulgado em forma de artigo em revistas de publicação acadêmica.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS:

A técnica escolhida para essa etapa foi a Análise de Conteúdo. Essa escolha se deu a partir da necessidade de transcrever e dar sentido as mensagens emitidas pelos participantes, sejam de forma verbal, gestual ou mesmo através do silêncio. Após a codificação dos dados, estes estarão carregados de concepções críticas e de discursos desconstruídos gerando novos saberes e uma “nova consciência” (FRANCO, 2005). A Análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que tem por objetivo atingir uma compreensão mais profunda do conteúdo das mensagens, através da inferência e interpretação das falas, dando

Endereço: Rua Jorge Dumar, nº 1703

Bairro: Jardim América

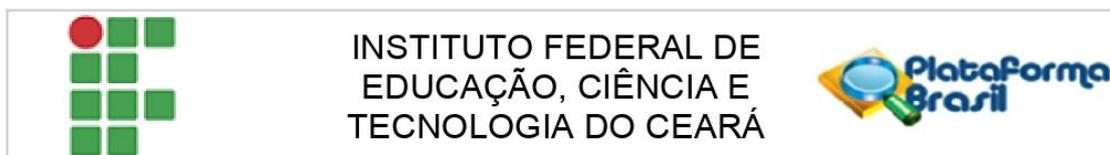
CEP: 60.410-426

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3401-2332

E-mail: cep@ifce.edu.br



Continuação do Parecer: 5.329.687

sentido as subjetividades emergidas (BARDIN, 2016). Inicialmente faremos uma organização do conteúdo e uma pré-análise dos achados, uma leitura primária dos dados que serão transcritos e analisados pelo pesquisador. Em seguida se darão as escolhas dos documentos que foram previamente elaborados para análise baseada "tematização" dos temas geradores e interpretação dos dados de forma mais detalhada e que permita a constituição do Corpus da análise, assim como a formulação da hipótese. Podemos então, explorar e tratar os dados, separá-los por categorias e eixos temáticos das falas que emergiram nos discursos. Análise consistirá no confronto desses elementos que emergirão dos encontros e observações feitas nos seminários, procurando pontos comuns e divergentes nas falas dos participantes. Desse modo, o pesquisador poderá ter uma análise em profundidade de todos os elementos que surgirão. Por último, avaliação da necessidade de redefinição dos objetivos da pesquisa, situação comum às pesquisas qualitativas (BARDIN, 2016).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

A coleta de dados será realizada em um município do sertão central cearense, seminários com representantes multiprofissionais dos setores: saúde, assistência social, controle social e educação. Os profissionais convidados serão 20 no total, sendo: dois médicos, dois enfermeiros, dois dentistas, dois técnicos de enfermagem, dois técnicos de saúde bucal e dois agentes comunitários de saúde, todos vinculados em equipes ativas de ESF; bem como, um representante do hospital municipal, um representante do CAPS, um representante da gestão em saúde municipal, um representante do CRAS, um representante do CREAS, um representante do CRM, um representante da Secretaria de Educação e um representante da Sociedade Civil do Conselho Municipal da Mulher ou do Conselho Municipal de Saúde.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

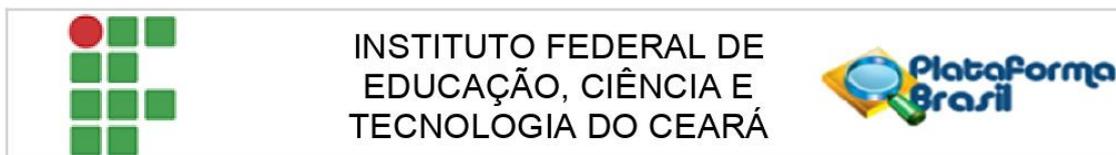
Não deve participar deste estudo se não estiver vinculado com período igual ou superior a 06 meses na equipe de trabalho; ou vinculado aos colegiados da Sociedade Civil: Conselho Municipal da Mulher ou do Conselho Municipal de Saúde; e se não estiver devidamente vacinado com 03 doses da vacina contra a COVID-19.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

Elaborar, participativamente e de forma intersetorial, um plano de ação com foco na abordagem da violência contra a mulher que possa ser aplicada na ESF de um município do sertão cearense.

Endereço: Rua Jorge Dumar, nº 1703	CEP: 60.410-426
Bairro: Jardim América	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3401-2332	E-mail: cep@ifce.edu.br



Continuação do Parecer: 5.329.687

OBJETIVO SECUNDÁRIO:

- Identificar os saberes e práticas das equipes da ESF sobre a violência contra a mulher, pontuando as fragilidades e potencialidades em relação a condução da VDCM nos territórios.
- Descrever as ações realizadas pelas EqSF junto as mulheres em situação de violência doméstica;
- Reconhecer como as equipes se articulam com a rede de apoio intersectorial disponível para abordagem da VDCM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Sobre o risco aos participantes podemos indagar sobre aspectos operacionais e epistemológicos da Violência e da Saúde da Mulher na práxis pode suscitar constrangimentos morais e intelectuais. Pois, normalmente a operacionalização dessa problemática na Atenção à Saúde da Mulher é reduzida na práxis à sua forma mais biológica. A participação poderá acarretar tristeza, ansiedade, medo, aborrecimento, constrangimento, ou desconfortos, vergonha, cansaço, alterações na autoestima. Para que haja a redução dos riscos os pesquisadores se comprometerão a garantir local reservado, que permita privacidade ao grupo, assim como liberdade aos participantes em não responder questões que os mesmos considerem constrangedoras. Estaremos atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto expressados por qualquer membro do grupo. Será assegurado a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. O estudo será suspenso imediatamente ao perceber caso haja algum risco ou dano à saúde aos sujeitos participantes da pesquisa. Assumimos a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. Nos comprometemos a suspender a participação do sujeito que desejar sair da pesquisa a qualquer momento que o mesmo decidir, e encaminha-lo aos serviços de atenção e apoio psicossocial de saúde do município, caso seja necessário. Contudo, teremos toda a cautela de abordar a temática de forma leve e menos constrangedora possível, nos utilizando de Metodologias Ativas como estratégia de estimular o debate e mitigar possíveis desconfortos na sua participação. Entre as responsabilidades dos pesquisadores estarão assegurar o cumprimento das exigências da Resolução 466/2012 CNS/MS, assegurar a explicação e fornecido de uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) a cada participante e a utilizar do material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas nos objetivos contidos neste documento ou conforme o consentimento dado pelos participantes.

Endereço: Rua Jorge Dumar, nº 1703

Bairro: Jardim América

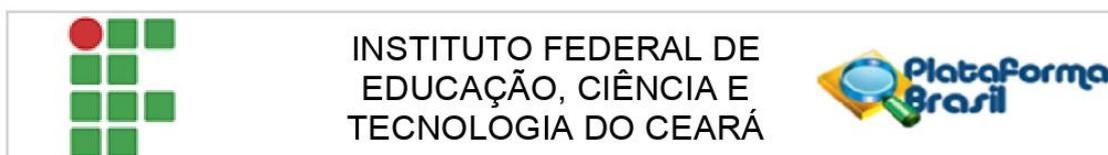
CEP: 60.410-426

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3401-2332

E-mail: cep@ifce.edu.br



Continuação do Parecer: 5.329.687

BENEFÍCIOS:

Dos benefícios aos participantes podem gerar respostas positivadas através do auto reconhecimento dos papéis sociais e seu compromisso político como agente social em um equipamento político e institucional, principalmente em relação a unidade de saúde, que é uma instituição representativa da porta de entrada no SUS, solo garantidor da saúde como direito de todos. O fortalecimento das instituições públicas de acolhimento a mulher em situação de violência também pode ser colocado como benefício.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-CE).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam os termos obrigatórios: folha de rosto; declaração de compromisso de apresentação dos resultados; declaração de garantia de regresso dos benefícios; orçamento, cronograma; TCLE; declaração de existência de infraestrutura para a realização da pesquisa (intitulado de termo de anuência da instituição coparticipante); projeto detalhado (intitulado de dissertação). Consta, ainda, o documento: declaração de concordância dos pesquisadores envolvidos no estudo.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1882521.pdf	26/03/2022 23:48:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DISSERTACAO_23_03_22.pdf	26/03/2022 23:47:37	RAFAELLE DANTAS BEZERRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/03/2022 23:39:06	RAFAELLE DANTAS BEZERRA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLECEP.pdf	26/03/2022	RAFAELLE DANTAS	Aceito

Endereço: Rua Jorge Dumar, nº 1703

Bairro: Jardim América

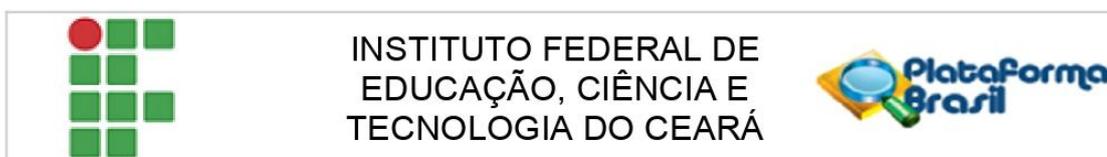
CEP: 60.410-426

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3401-2332

E-mail: cep@ifce.edu.br



Continuação do Parecer: 5.329.687

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.pdf	23:31:12	BEZERRA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	09/02/2022 21:37:15	RAFAELLE DANTAS BEZERRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodegarantiaderegressdosbeneficiosa.pdf	04/02/2022 16:13:09	RAFAELLE DANTAS BEZERRA	Aceito
Outros	declaracaodecompromissodeapresentacaodosresultados.pdf	04/02/2022 16:09:27	RAFAELLE DANTAS BEZERRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	25/01/2022 22:11:58	RAFAELLE DANTAS BEZERRA	Aceito
Declaração de concordância	CONCORDANCIA.pdf	25/01/2022 22:09:57	RAFAELLE DANTAS BEZERRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOANUEENCIAINSTI.pdf	25/01/2022 22:08:10	RAFAELLE DANTAS BEZERRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 04 de Abril de 2022

Assinado por:
Jefté Ferreira da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Jorge Dumar, nº 1703

Bairro: Jardim América

CEP: 60.410-426

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3401-2332

E-mail: cep@ifce.edu.br

ANEXO B – MAPA DE BOA VIAGEM/CE



ANEXO C – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09		3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)				
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros								
	7 Nome da Unidade Notificadora				Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência		
	8 Unidade de Saúde				Código (CNES)				
	10 Nome do paciente				11 Data de nascimento				
Notificação Individual	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica								
	17 Número do Cartão SUS				18 Nome da mãe				
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito		
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)			26 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência			29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)				
Dados Complementares									
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social				34 Ocupação				
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado								
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual		3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras		1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado				
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		42 Distrito		
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)			47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência				50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				

Violência	55 Essa violência foi motivada por: <input type="checkbox"/> 01-Sexismo <input type="checkbox"/> 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia <input type="checkbox"/> 03-Racismo <input type="checkbox"/> 04-Intolerância religiosa <input type="checkbox"/> 05-Xenofobia <input type="checkbox"/> 06-Conflito geracional <input type="checkbox"/> 07-Situação de rua <input type="checkbox"/> 08-Deficiência <input type="checkbox"/> 09-Outros <input type="checkbox"/> 88-Não se aplica <input type="checkbox"/> 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> 57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filh(o)a <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
	65 Encaminhamento: <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>
	69 Data de encerramento <input type="checkbox"/>		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015

ANEXO D - CARTAS DE AVALIAÇÃO - O QUE ESTOU LEVANDO PARA O MEU SERVIÇO?

Carta 1	<p>Eu irei levar para meu trabalho e vida para sempre esse conhecimento ofertado durante esses dois dias, irei parar para ouvir mais as pessoas, ser um canal para aquelas que possam estar precisando de ajuda.</p> <p>Avaliação: Sobre o curso, esses dois dias foram intensos, dias nos quais aprendi muito, como pessoa, como ser humano, aprendi que estamos em constante aprendizado, estamos sempre em evolução. E que é muito importante ter o conhecimento. Quero lhe parabenizar pela oportunidade e agradecer por dividir tamanho conhecimento conosco. Você é uma pessoa de luz muito humana, tem empatia em tudo que faz. Que Deus lhe abençoe sempre.</p>
Carta 2	<p>Conhecimento de profissionais e entidades que eu não conhecia a existência deles e o que eles oferecia. Força de vontade de ajudar se for preciso. Disponibilidade em aprender mais. Para contribuir com minha equipe minha área de trabalho e se caso necessário minha família...</p> <p>Avaliação: gostei muito. Aprendi um pouco foi muito rico os conhecimentos que ouvi. Pois sou uma pessoa desconhecadora de alguns assuntos. Pretendo continuar nessa rede continuar esse projeto com o que eu tenha a oferecer.</p>
Carta 3	<p>Considero que a troca de saberes e experiências é uma força motriz p/ as transformações sociais. Aprofundar e ouvir sobre um tema tão importante ressalta a minha importância enquanto profissional de APS em contribuir p/ a qualidade de vida e de fomentação de políticas voltadas p/ as nossas mulheres.</p> <p>A ideia é uma semente transformadora e capaz de não só ajudar, mas, de a longo prazo promover mudanças em comportamentos sociais e culturais que poderá proteger e salvar vidas de muitas mulheres.</p>
Carta 4	<p>A preocupação em saber que problemas existem e que juntos c/ o mesmo objetivo podemos resolve-lo saber respeitar ajudar e orientar é de suma importância p/ tudo dar “certo”.</p> <p>Avaliação: hoje foi uma manhã bem produtiva, ampliei meu leque de conhecimento e enriqueci minhas experiências com a oportunidade de participar ds discussões entre os colegas no grupo.</p> <p>Participar de um evento tão importante é muito inovador. Essa troca de experiência só fa a gente crescer como pessoa e como profissional.</p>
Carta 5	<p>Primeiramente, levo comigo a imagem de uma profissional guerreira e um exemplo a seguir: você.</p> <p>Agora uma visão mais holística sobre os casos que nos chegam, capacitar os nosso profissionais, minha equipe, passar a frente todo o conhecimento adquirido, podendo agora salvar vidas de forma indireta.</p> <p>Obrigada pela experiência de pesquisa; E nos vemos quem sabe trabalhando juntas nessa nova REDE DA MULHER.</p>

	<p>Avaliação: com essa pesquisa e esse encontro, pude avaliar que temos vários profissionais desprovidos de conhecimento, e que esse encontro abriu a mente e os olhos de várias pessoas, inclusive eu.</p> <p>Que esse conhecimento adquirido, venhamos a desconstruir a cultura antiga e venha renovar as opiniões sobre vida matrimonial e o que podemos ou não nos permitir.</p>
Carta 6	<p>Avaliação: o presente projeto veio para contribuir e fortalecer a violência doméstica enfrentada pelas mulheres, momento esse de grande importância. Precisam viver sem violência e com dignidade.</p> <p>O que estou levando para o meu serviço: levarei conhecimento para trabalhar, identificar o tema nas minhas visitas individual. Para a equipe na qual estou inserida irei realizar uma reunião p/ repassar.</p>
Carta 7	<p>Estou saindo como agente multiplicador, no sentido de ofertar escuta qualificada, orientar e encaminhar para o serviço adequado.</p> <p>Avaliação: momento rico de informações, troca de experiências que será importante para a criação do fluxo em nosso município.</p>
Carta 8	<p>Contribuição desse momento a longo prazo. Foi uma grande contribuição não só para o meu trabalho como p/ vida, aqui conheci pessoas e setores existentes em nosso município que até então não conhecia. Como o sindicato que tinha conhecimento da sua existência mais não imaginava o grande trabalho desempenho no município. Adquiri também uma perspectiva diferente sobre a violência contra a mulher.</p> <p>Hoje que posso ajudar, que uma rede de cuidados bem feita, com certeza é a solução para minimizar a problemática. Para meu setor de atuação e meu PSF levo a esperança que todos juntos somos mais fortes!</p> <p>Avaliação: as discussões foram muito pertinentes e vejo que estamos indo em uma mesma direção. Ideias brilhantes, mentes brilhantes. Agora basta executar o que todos contribuíram p/ a criação.</p>
Carta 9	<p>Mais conhecimento, sensibilidade, conhecimento de algumas redes de apoio p/ encaminha-las. Vou repassar os conhecimentos adquiridos para minha equipe.</p> <p>Avaliação: momento enriquecedor, de aprendizado e compartilhamento de conhecimentos. Gratidão e parabéns pelo mestrado. Lhe desejo sucesso.</p>
Carta 10	<p>Levando para o serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ideias - Expectativas - Conhecimento - Socialização - Sensibilização

	- Esperança Manhã maravilhosa.
Carta 11	Estou levando a experiência e o entendimento de que violência contra as mulheres não é apenas um problema de segurança pública, e que nos como profissionais da área da saúde podemos ajudar essas mulheres orientando, dando apoio e as ouvindo, para que esse ciclo, essa cultura de violência seja extinta. Avaliação: foi um encontro de debate muito enriquecedor, do qual abriu minha mente para esse assunto, que servirá para a vida, não apenas minha mas para as demais pessoas que possivelmente passarei adiante. Se possível dar uma nota seria um 10 com certeza.
Carta 12	Eu estou levando para o meu serviço, um grande conhecimento e não quero deixar aqui, quero levar para minha unidade, pra que elas também pensem de maneira diferente e que passem a frente esse lindo trabalho. OBG Rafaela. Avaliação: para mim foi muito proveitoso em todas as ações que aqui foi levantada, para mim um grande conhecimento, creio eu que essa rede será muito proveitosa se for realizada, vou sair daqui com outro pensamento sobre a violência, em fim AMEI tudo.
Carta 13	Primeiramente Bom dia! O que estou levando para meu serviço? Uma bagagem de muito aprendizado e gratidão por esse momento. Aprendizado esse, que me comprometo ser multiplicador no meu setor de trabalho e para o meu mundo profissional, como também para a minha vida. Te agradeço pelo convite e pela oportunidade de fazer parte desse momento. Avaliação: pude avaliar que esse assunto abordado de hoje foi de tamanha importância e conhecimento por se tratar de uma área que não conhecia a temática. Como é importante o conhecimento e a comunicação entre todos os tipos de profissionais envolvidos.
Carta 14	Varias pensamentos e ideias que desejo que todos possamos bota em prática para melhorar profissionais e pessoas. Avaliação: pelo tema abordado ser muito abrangente, é fato dizer que há muito a ser feito e analisado. Mas também fica claro o quanto os envolvidos nesse momento tem para partilhar. São ideias enriquecedoras e que necessitam sair do papel. Para ajudar muitas vidas e histórias.
Carta 15	Boa viagem 28/04/2022 Saudação em Cristo Jesus e com muita alegria e felicidade que vejo esse encontro na vida das mulheres. Para temos que acreditar que agora tudo vai mudar de verdade temos que unimos força e coragem e cada um de nós fazemos a nossa parte. Agradecer dr rafaela por trazer este encontro para nossa cidade. No meu trabalho vor levar uma bagagem muito rica de conhecimento para todos muito obrigado

Carta 16	Maneiras de como viabilizar e inserir ajuda aos que necessitam e que por vez se detém a fazê-la por medo. Avaliação: ótimo aprendizado dentro do raciocínio como um todo, nas ideias em melhorias a vida como um todo.
Carta 17	Acredito que o olhar foi alterado para uma sensibilidade mais aguçada. O que eu posso ter deixado passar? O que vou fazer daqui para a frente? Sendo a segunda pergunta a minha norteadora daqui para frente. Pretendo realizar um encontro com minha equipe e tentar transforma-los multiplicadores como pretendo ser. Sobre hoje de manhã foi um momento de pensar fora da caixa, de expor ideias e absorver outras sendo assim penso que consigo forma um pensamento mais amplo e desenvolvido.
Carta 18	Uma bagagem de conhecimento adquiridos para enriquecer o meu trabalho de base com as mulheres do campo, mais força e coragem para enfrentar os desafios. Avaliação: momento muito rico, com conteúdo bastante produtivo, trocas de experiências significantes e esclarecidas. Pra mim é um aprendizado muito gratificante que só vai me ajudar a fortalecer cada vez mais no meu dia-a-dia profissional.
Carta 19	Uma bagagem enorme de conhecimento e a importância de trabalhar em grupo. Avaliação: um ótimo projeto. Rico em conhecimento e troca de experiência.
Carta 20	Irei levar comigo uma carga enorme de aprendizado, de como saber conduzir uma vítima, e também agir se acontecer qualquer tipo de violência comigo. Nesses dois dias, aprendi muito, não só teoricamente, mas sim, como saber lidar com vítimas. Desejo repassar pelo menos 5% do que aprendi nesses momentos. Avaliação: quero agradecer a oportunidade de poder estar aqui, contribuindo e aprendendo, o pouco que sei, acredito que vou levar para sempre, procurando ajudar outras pessoas. Sentimento de hoje é gratidão, por tudo. Obrigada Rafaele por esse momento. Desejo sucesso grande abraço.
Carta 21	Rafaelle, Hoje discutimos um momento muito rico, onde os trabalhos e grupos e as discussões despertaram um misto de sentimentos, que vão de como estou me comportando como ator social e como profissional diante dessa problemática que é a violência contra a mulher. Me fez ver que além de problema de saúde é um problema social, onde através do trabalho intersectorial é que poderá modificar esse cenário. Para a prática profissional inicialmente é a identificação dos profissionais, capacitação (sobre), digo, e sensibilização sobre a importância da notificação e encaminhamentos adequados.
Carta 22	Vou levar conhecimento, confiança e experiência para poder repassar. Avaliação: vejo como uma nova etapa a ser evoluída, novos conhecimentos adquiridos e muito mais capacitada para ajudar as vítimas de violência.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.