

Tecendo redes intersetoriais no acolhimento às vítimas de violências na Atenção Primária à Saúde

Weaving intersectoral networks in the reception of victims of violence in Primary Health Care

Tejer redes intersectoriales en la acogida de víctimas de violencia en la Atención Primaria de Salud

Recebido: 10/01/2024 | Revisado: 17/01/2024 | Aceitado: 18/01/2024 | Publicado: 22/01/2024

Maria da Conceição Julião Badaró

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7658-1281>

Universidade Federal do Sul da Bahia, Brasil

E-mail: m.conceicaojuliao@gmail.com

Matheus Ribeiro dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8946-9355>

Universidade Federal do Sul da Bahia, Brasil

E-mail: mateurs14@hotmail.com

Lina Faria

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6439-0760>

Universidade Federal do Sul da Bahia, Brasil

E-mail: lina@ufsb.edu.br

Resumo

Ao produzir e reproduzir condições de vulnerabilidade socioeconômica e desigualdades de gênero e étnico-raciais, as violências constituem desafio para os serviços de saúde, especialmente os de atenção primária e para as políticas públicas. Experiências de violências impactam grupos sociais de maneiras diversas e têm se mostrado devastadoras especialmente para populações socialmente marginalizadas. Desse modo, o objetivo do trabalho é discutir a importância da atuação em rede intersetorial no acolhimento às vítimas de violência e o envolvimento dos profissionais da atenção primária em ações de prevenção e cuidado. Foram realizados grupos focais formados por profissionais de saúde, agentes comunitários, gestores da saúde e profissionais representantes de cada instituição da rede intersetorial, totalizando uma amostra de 36 participantes. Cabe destacar as múltiplas dificuldades em se institucionalizar parcerias e práticas conjuntas entre instituições e órgãos que integram a rede de atendimento às pessoas em situação de violências. Conclui-se a importância da qualificação dos profissionais que lidam com os casos de violências no território onde atuam, além do aprimoramento de estratégias de identificação e intervenção.

Palavras-chave: Violência; Intersetorialidade; Estratégia de saúde da família.

Abstract

By producing and reproducing conditions of socioeconomic vulnerability and gender and ethnic-racial inequalities, violence is a challenge for healthcare services, especially primary care, and for public policies. Experiences of violence impact social groups in diverse ways and have proven to be devastating, especially for socially marginalized populations. Thus, the objective of this study is to discuss the importance of acting in an intersectoral network collaboration in supporting victims of violence and the involvement of primary care professionals in prevention and care actions. Focus groups were held with health professionals, community agents, health managers and professionals representing each institution of the intersectoral network, totaling a sample of 36 participants. It is worth highlighting the multiple difficulties in institutionalizing partnerships and joint practices between institutions and agencies that are part of the network of care for people in situations of violence. It is concluded that it is important to qualify professionals who deal with cases of violence in the territory where they work, in addition to improving identification and intervention strategies.

Keywords: Violence; Intersectorality; Family health strategy.

Resumen

Al producir y reproducir condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y desigualdades de género y étnico-raciales, la violencia es un desafío para los servicios de salud, especialmente para la atención primaria, y para las políticas públicas. Las experiencias de violencia afectan a los grupos sociales de diversas maneras y han demostrado ser devastadoras, especialmente para las poblaciones socialmente marginadas. Así, el objetivo de este estudio es discutir la importancia de actuar en red intersectorial en la acogida a las víctimas de violencia y el involucramiento de los profesionales de la Atención Primaria en acciones de prevención y atención. Se realizaron grupos focales conformados por profesionales de la salud, agentes comunitarios, gestores de redes de salud y profesionales representantes de cada institución de la red intersectorial, totalizando una muestra de 36 participantes. Cabe destacar

las múltiples dificultades para institucionalizar las prácticas intersectoriales y las alianzas con las instituciones que asisten a las víctimas. Se concluye que es importante capacitar a los profesionales que atienden casos de violencia en el territorio donde trabajan, además de mejorar las estrategias de identificación e intervención.

Palabras clave: Violencia; Intersectorialidad; Estrategia de salud de la familia.

1. Introdução

O acolhimento às vítimas de violências na Atenção Primária à Saúde (APS) possibilita o atendimento humanizado não somente às vítimas, mas também às famílias, que devem ser acompanhadas pelas equipes de saúde durante todo o processo de cuidado. As ações dos profissionais visam romper com o ciclo de violência, por meio da construção de vínculos e pela disponibilidade para ouvir, acolher e cuidar. Importante destacar que, no processo de trabalho das equipes, o acolhimento é a estratégia organizacional das práticas e dos fluxos intra/intersectorial nos serviços (Kiss et al., 2007; Habigzang, 2018).

As violências podem ser expressas em diferentes contextos sociais, tendo como problema principal sua pluricausalidade. Determinar as causas, os aspectos estruturais e conjunturais não é uma tarefa fácil, uma vez que não se pode dissociar a sua multicausalidade de outros conceitos como desigualdades (sobretudo as desigualdades de gênero), além de autonomia, conscientização, exclusão, pobreza, condições de vida precárias e subjetividades (Faria, 2020).

Entender a violência contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos, populações indígenas, quilombolas, pessoas em situação de rua, moradores de favela e periferia como um fenômeno histórico, social, multideterminado e culturalmente complexo impõe, necessariamente, um olhar cuidadoso quando o objetivo é controlar e reduzir a incidência de tal fenômeno. Desse modo, é necessário um esforço coletivo dos diversos órgãos envolvidos nessa dinâmica multifacetada, ou seja, propostas de articulação entre redes institucionais na produção de políticas públicas voltadas para a temática. Importante destacar que, as violências devem ser analisadas sob o paradigma da sua complexidade e combatidas por meio de ações intersectoriais na APS, que tem procurado realizar atendimento integral, apesar das dificuldades dos profissionais em identificar e notificar (Lima et al., 2017; Ferreira et al., 2021).

As agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) entendem as violências como problema de saúde pública mundial que atingem populações mais vulneráveis, afetam a saúde individual e coletiva, exigem a formulação de políticas específicas e a organização de práticas intersectoriais e de serviços adequados aos setores. São caracterizadas, nos vários relatórios da OMS e OPAS, como um problema que gera danos irreversíveis às pessoas, às famílias, às comunidades e, também, aos profissionais de saúde. Na área da saúde, as violências são reconhecidas como demandas para a oferta assistencial e para a atenção integral das populações e constituem um desafio para os gestores dos sistemas de saúde. Sendo assim, uma rede intersectorial, cujo fim é alcançar resultados cooperativos em situações complexas, se faz cada vez mais necessária para fortalecer laços de acolhimento que garantam os direitos das pessoas e de seus familiares que vivem em contextos violentos (Krug et al., 2002; Minayo, 2005).

A intersectorialidade, dada sua visão integrada dos problemas, é entendida como um processo estruturador da construção de novas respostas para as políticas públicas. De acordo com a literatura, a intersectorialidade é construída por meio de processos organizados coletivamente e envolve vários atores, de diferentes setores, como saúde, educação, segurança pública, assistência e controle social (Junqueira, 2004; Porto, Bispo Junior, Lima, 2014; Sousa, Esperidião, Medina, 2017). Nas palavras de Nascimento (2010, p. 96), a intersectorialidade “[...] pode trazer ganhos para a população, para a organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios”. A atuação em rede intersectorial passa a ser um tema importante nos serviços de saúde, uma vez que as ações individuais não conseguem dar conta das necessidades e demandas sociais.

Cabe ressaltar que, por conta dos princípios organizativos da Atenção Primária, como territorialização, integralidade, assistência continuada, rede de serviços de saúde, existe maior possibilidade de prevenção de casos de violências contra

populações vulneráveis. Ao oferecer cobertura e vínculo para as vítimas atendidas nas unidades de saúde, os profissionais são essenciais na detecção da ocorrência das violências em âmbito familiar (Schraiber et al., 2003; Faraj, Siqueira, Arpini, 2016). Porém, nem sempre as unidades de saúde oferecem intervenções satisfatórias aos problemas. Essa condição nos serviços se relaciona, entre outros fatores, à fragilidade de instrumentos capazes de identificar as causas, além das dificuldades na construção de vínculos entre vítimas e profissionais da rede intersetorial e, especialmente, segundo Minayo (2005), às limitações do “olhar” aos sinais e sintomas.

O Informe Mundial da OMS de 2002 sobre Violência e Saúde, já indicava a importância da produção de conhecimentos científicos com o propósito de subsidiar o estabelecimento de políticas públicas para o enfrentamento das violências (Krug et. al., 2002). Ainda segundo o Informe Mundial, as violências são responsáveis pelas transformações nos hábitos e comportamentos sociais, especialmente onde há manutenção das desigualdades sociais, econômicas, culturais, de gênero, etárias e étnicas.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2001 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e, em 2011, desenvolveu sistemas nacionais de informações que permitem, por meio de fichas de notificação compulsória, identificar os fatores de risco e monitorar os contextos violentos, além de caracterizar e identificar o perfil das vítimas e realizar os primeiros encaminhamentos para a rede de proteção (BRASIL, 2001; 2011). Ou seja, o MS ampliou o escopo de ações, com responsabilidades abrangentes, para atender problemas que antes estavam ausentes das agendas da saúde e das políticas públicas.

De lá para cá, as violências despertaram a preocupação dos poderes públicos, dos gestores dos sistemas de saúde e também de estudiosos das várias áreas de conhecimento. Essas reflexões adquirem maior relevância no contexto sócio-histórico atual em que se presencia o aumento dos episódios de atos agressivos, na medida em que todos os grupos populacionais são vulneráveis e estão expostos às violências, ainda que a exposição se diferencie segundo gênero, faixa etária e condições socioeconômicas. Em relação às condições socioeconômicas, cabe assinalar o crescimento das desigualdades sociais associadas às situações de incertezas, que põe em relevo os problemas relacionados aos contextos violentos. As violências são expressões das desigualdades sociais, especialmente desigualdades de gênero, e têm pautado as agendas públicas nas últimas décadas no país; ações de prevenção e de promoção da cultura da paz devem ser implementadas no suporte às pessoas e famílias em situações de risco, por meio da educação, do diálogo e da cooperação, na busca de uma estratégia política para a transformação da realidade social (Pires, 2019; Faria, Patiño, 2020; Faria et al., 2022).

Debates em torno de uma compreensão multidimensional das situações de risco há tempos vêm chamando a atenção para o fato de que melhores condições de equidade no acesso aos serviços básicos, especialmente aos serviços de saúde, podem contribuir para fragilizar o ciclo de violências. O setor saúde constitui espaço onde convergem todos os problemas das violências, pela importância dos serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social - cuidados continuados longitudinalmente que asseguram saúde em todas as suas dimensões - física, psicológica, social, cultural e existencial (Minayo, 2004; Debert, 2006; Coelho et al., 2014; Oliveira & Ferigato, 2019; Faria, 2020).

É crescente o reconhecimento da necessidade de se incluir na agenda da saúde as questões de violências e suas interações intersubjetivas, a fim de que a partir do seu reconhecimento se possa enfrentá-las. Segundo Dahlberg e Krug (2006), não se deve reduzir as consequências de maneira imediata, elas podem estar presentes ao longo de toda a vida e impõe uma carga de danos e prejuízos aos indivíduos, famílias, comunidades e, também, ao sistema de saúde em todo o mundo. As violências produzem, muitas vezes, deformações nas identidades subjetivas, especialmente nas populações pobres e vulneráveis, por meio do processo de criminalização da pobreza. Muitas vítimas de violências assumem a identidade que lhe é atribuída socialmente. Contudo, uma vez que as identidades subjetivas são construídas na relação com as culturas, o que está

em jogo é a forma como as sociedades lidam com as populações marginalizadas, com as “massas marginais” que sofrem violências em contextos caracterizados pela injustiça e sofrimento (Nun, 2001; Crochík, 2008; Patiño & Faria, 2019).

Algumas indagações pautam as discussões sobre violências e suas interações intersubjetivas que remetem, em especial, para os processos psicossociais presentes na construção de identidades subjetivas de pessoas que vivenciam cenários violentos. Sendo assim, como trabalhar um tema tão complexo em contextos de produção de exclusões, desigualdades sociais e discriminações, que marcam, particularmente, a trama das periferias, mas também das grandes cidades? Como pensar as dinâmicas sociais e como essas dinâmicas sustentam e contribuem para contextos violentos em territórios vulneráveis e marginalizados? Na perspectiva de trabalho intersetorial, como justapor ou compor projetos de prevenção às violências e de acesso aos serviços essenciais que sejam formulados e realizados em rede?

A Atenção Primária é central na articulação de parcerias entre os diversos setores sociais e reúne condições de articular o trabalho em rede no desenvolvimento de ações de prevenção, identificação e assistência às pessoas em situação de violências. A fim de discutir as práticas do sistema de saúde frente aos atos violentos, buscou-se reflexões que pudessem construir um olhar crítico sobre a temática. Nesse sentido, o objetivo do estudo é discutir a importância do trabalho intersetorial, o que possibilita a ampliação dos serviços prestados e o envolvimento dos profissionais para prevenir e tratar os agravos causados por atos violentos. A superação dos obstáculos não é simples, implica uma definição clara do princípio comum que irá reger as perspectivas de atuação em rede e, também, as políticas públicas, articuladas nas diversas esferas da vida social.

2. Metodologia

O presente artigo contempla o procedimento metodológico de pesquisa qualitativa-interpretativa como ferramenta de coleta de dados, por meio de roteiros semiestruturados com questões orientadoras sobre o tema das violências na rede intra/intersetorial. A partir dos relatos e narrativas, nos grupos focais, foi possível captar as percepções dos participantes sobre as situações e os contextos das violências e, também, o acolhimento na Atenção Primária.

A pesquisa qualitativa-interpretativa foi escolhida pela relevância em compreender o tema a partir da visão sociocultural dos participantes. Além disso, as violências como fenômeno social e histórico se distinguem nos diferentes contextos e, portanto, são mais bem compreendidas quando há interação das histórias, memórias e percepções dos sujeitos da pesquisa (Bosi, 2012).

Neste sentido, foram organizados três grupos focais com 12 participantes em cada grupo, totalizando 36 participantes escolhidos intencionalmente. O primeiro grupo constituído por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o segundo por profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) e o terceiro por gestores e profissionais representantes de cada instituição da rede intersetorial. As diferentes composições possibilitaram a identificação de conceitos, expectativas, motivações e necessidades dos participantes.

Segundo Trad (2009), os participantes de um grupo focal devem apresentar certas características em comum que estão associadas à temática central em estudo. O grupo deve ser homogêneo em termos de características que interfiram na percepção do assunto em foco. Neste sentido, os participantes foram selecionados em grupos de indivíduos envolvidos institucionalmente no acolhimento às vítimas de violência e com conhecimentos dos fatores que afetam as condições de vida das pessoas nos territórios.

Os roteiros semiestruturados possibilitaram aos participantes discorrerem sobre o enfrentamento às violências, percepções e abordagens intersetoriais, estratégias e ações desenvolvidas, barreiras e desafios. Buscou-se entender quais as condições que comprometem a atenção às pessoas vítimas de violências e como a rede tem se estruturado para o acolhimento (Manzini, 2004).

No que se refere à análise dos dados, se deu por meio do método da análise de conteúdo de Bardin que balizou o processo analítico, o que evidenciou algumas formações discursivas: fragilidades que repercutem no processo de trabalho; limitações impostas pela prática profissional; rotatividade de profissionais; inadequação da estrutura física para o desenvolvimento da atenção, além das lacunas na capacitação e sensibilização. Os discursos verbalizaram queixas sobre a ausência de uma rede efetiva no combate às violências, o despreparo dos profissionais e, especialmente, a dificuldade em realizar notificações.

Os conteúdos das falas foram segmentados e as categorias e subcategorias organizadas. Para os agentes comunitários de saúde foram encontradas nove categorias e subcategorias. Para o grupo dos profissionais de saúde foram encontradas sete categorias e subcategorias e para os gestores da saúde e representantes da rede intersetorial foram encontradas seis categorias e subcategorias. Após a análise dos conteúdos dos grupos focais foram selecionadas as seguintes categorias temáticas para a discussão e interpretação dos resultados: a) “Fragilidade do modelo de atenção biopsicossocial/Abordagem e acolhimento às vítimas”; b) “Subnotificação/Invisibilidade das violências”; c) “O lugar da vítima”. A escolha das três categorias teve como base perguntas comuns que foram feitas nos grupos focais para os três grupos: 1) o papel da atenção biopsicossocial no acolhimento às vítimas; 2) As subnotificações e a (in)visibilidade das violências na rede de saúde e 3) O lugar da vítima em um contexto violento.

Para se manter as identidades dos participantes em sigilo, as citações que aparecem ao longo do texto mantêm as siglas e números utilizados durante os registros. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia, número do Parecer: 4.979.752, observando-se, em seu desenvolvimento, os preceitos éticos previstos na Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3. Resultados e Discussão

3.1 Fragilidade do modelo de atenção biopsicossocial na abordagem e acolhimento às vítimas de violências

Os resultados evidenciam a efetividade das interações nos grupos focais pelo realce da relação pesquisador-pesquisado, a qual permitiu a compreensão das práticas violentas e o olhar sobre aqueles que sofrem violências, fundamentais para aprimorar políticas públicas, em especial na área da saúde, que auxiliam na ruptura do ciclo de violência e dos mecanismos complexos que os mantém na sociedade.

Importante destacar que nas falas dos participantes foram comuns os relatos, sobretudo, sobre a fragilidade da rede de proteção e acolhimento às vítimas, especialmente durante o período da pandemia da covid-19, quando houve aumento expressivo das violências no Brasil, segundo levantamentos realizados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023). Essa fragilidade de integração entre os serviços dificultou ainda mais as notificações e as medidas de proteção efetivas.

As narrativas dos profissionais remetem à necessidade de repensar o acolhimento para propor a inclusão do problema na agenda da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e organizar os serviços com base nas diretrizes do vínculo, escuta, primeiro contato e acolhimento. Nessa lógica, a condição de modelo de atenção centrado na família implica aproximação entre a equipe multidisciplinar e usuários em uma área de abrangência, o que possibilita desvelar problemas cujos determinantes são múltiplos e as ações para soluções são intersetoriais (Silva et al., 2013; Silva et al., 2014).

A ESF configura-se como um espaço potente para acolher as pessoas em situação de violências, pois os vínculos entre usuários e profissionais favorecem um cuidado compartilhado de enfrentamento. Contudo, quando o profissional se depara com um paciente com suspeita de maus-tratos, essa lógica tende a se fragilizar, uma vez que sinais e sintomas podem ser confundidos com outros diagnósticos diferenciais (Oliveira & Fonseca, 2014).

A qualidade da assistência do acolhimento na atenção primária prevista na Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013) se relaciona a diversos fatores que interagem entre si e, conseqüentemente, ocasionam respostas que vão

interferir no processo de trabalho dos membros da equipe multidisciplinar no Sistema único de Saúde (SUS), que se viabiliza na produção de um projeto de cuidado. A prática do acolhimento constitui ferramenta para a reorganização do processo de trabalho pois possibilita, também, a identificação de situações de violências, o cuidado efetivo e a resolutividade das ações desenvolvidas (Baraldi; Souto, 2011).

A escuta sensível favorece o acesso dos usuários às tecnologias condizentes com as suas necessidades e prioridades, definidas em avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (Oliveira et al., 2021). Nos relatos mencionados pelos agentes comunitários foi possível observar o vínculo como uma prática potente nas relações estabelecidas.

[...] Penso que estabelecer vínculos na chegada da pessoa é muito importante para conhecer a situação real e tentarmos dar encaminhamentos adequados. [...] Na escuta conhecemos a situação mais aprofundada. [...] eu acho que a minha escuta faz a diferença (G1 ACS 1).

Segundo Oliveira e colaboradores, esse vínculo é maior na atuação dos ACS, uma vez que estão nos territórios e, portanto, mais próximos às comunidades. O ACS acolhe as demandas psicossociais das pessoas da sua área de abrangência por meio das visitas domiciliares. A visita pode ser considerada recurso fundamental para detectar as violências durante o cotidiano de trabalho (Oliveira et al., 2015).

3.2 “Tomar uma atitude” ou “preservar os vínculos com a família”: a sensibilidade para perceber além do que é verbalizado

Sobre a categoria “subnotificação e invisibilidade das violências”, as narrativas reforçam essa (in)visibilidade nos serviços de saúde, que restringem o cuidado, muitas vezes, às sequelas dos atos violentos vivenciados pelas vítimas. Para os profissionais, o reconhecimento das situações em que as violências física e sexual estão presentes são mais comuns; por outro lado, são grandes as dificuldades em reconhecer ou perceber outros sinais violentos por não estarem tão explícitos.

No estudo de Martins e colaboradores (2016), sobre o acolhimento às mulheres em situação de violências, eram os ACS quem escutavam e desenvolviam vínculos com elas; revelavam sensibilidade para perceber além do que lhes era verbalizado. No presente estudo, constatou-se a formação de vínculos, especialmente com os agentes comunitários, contudo não foi possível perceber um acolhimento efetivo para notificar e denunciar.

[...] Criamos uma amizade com aquela pessoa da nossa área, construímos um vínculo de amizade e ela acaba confiando em você; confia em te contar as coisas, em falar para você o que está acontecendo, que está sofrendo (G1 ACS2).

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

Moreira e colaboradores (2014), discutem o dilema entre “tomar uma atitude” ou “preservar os vínculos com a família”, ou seja, optar por uma ação mais impositiva que pode separar os membros da família ou, optar por ações de aproximação, suporte e orientação. Interessante notar que essa decisão é tomada, de modo geral, como uma responsabilidade exclusiva dos profissionais, e evidencia que a definição das estratégias de cuidado não é pensada como algo a ser compartilhada e/ou negociada com os usuários e sua família, como proposto por Ayres (2005) e Merhy (2002).

Nesse sentido, verificou-se que por vezes esses profissionais demonstram medos, receios e angústias que dificultam a identificação dos casos, sobretudo em virtude da fragilidade da formação profissional para a prática do cuidado às vítimas de violências nos territórios (Leite et al., 2021).

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

O despreparo dos profissionais como referido em vários momentos nos grupos focais, dificulta o processo de identificação dos atos violentos. Alguns estudos destacam essas fragilidades na formação profissional para lidar com situações violentas e também para atuar em rede intersetorial (Berger, 2011; Moreira et al., 2014; D’oliveira et al., 2020). Santos e colaboradores (2011), já indicavam a necessidade de uma formação profissional interdisciplinar em Direitos Humanos adequada às realidades no sentido da defesa e ampliação dos direitos humanos.

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

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

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

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

3.3 Fluxo da notificação de suspeita ou confirmação de violências - “Fomos percebendo que havia mais de um caso”

A notificação é instrumento que fomenta a construção de políticas públicas de enfrentamento às violências, por meio do preenchimento e encaminhamento da ficha de notificação dos casos de suspeita ou confirmação de algum tipo de violência ao serviço de vigilância em saúde. É uma ferramenta importante que tem como objetivo dar visibilidade a esse fenômeno. A vigilância das violências instrumentalizada por meio da ficha de notificação é parte da estratégia do SUS (Brasil, 2009) e permite conhecer melhor a configuração dos grupos e suas vulnerabilidades, bem como as características dos autores e das vítimas (sexo, raça/cor e escolaridade), embora, um tipo de problematização que emerge dos dados é sobre os desdobramentos que uma notificação de violências teria no âmbito das ações de saúde.

Cabe destacar que a participação de profissionais psicólogos e assistentes sociais da rede intersetorial, do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nas reuniões de discussão de casos foi apontada pelos participantes como um diferencial importante, que possibilitou maior agilidade, resolutividade segurança, sensibilização e mobilização para o enfrentamento de situações problemáticas e notificações. Contudo, a percepção demonstra ausência de fluxos de acolhimento e encaminhamento definidos nos serviços de atenção primária.

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

Um problema que compromete a comunicação entre profissionais e vítimas é a incapacidade, muitas vezes, de lidar com os contextos violentos nos territórios; muitos profissionais que compõem a equipe da Atenção Primária não se sentem aptos para abordar e notificar os casos e atrelam essa função a psicólogos e assistentes sociais (Carneiro et al. 2021). Para Esperandio e colaboradores (2020), tal situação evidencia a necessidade da incorporação da temática na formação acadêmica dos profissionais, bem como a implantação de articulações que qualifiquem as equipes de maneira efetiva, por meio da educação permanente. A carência de programas de educação permanente voltados para os profissionais no acolhimento às violências narradas pelos participantes aparece nas narrativas como ponto fundamental para a qualificação dos serviços. A educação permanente é a aprendizagem no trabalho que se incorpora ao cotidiano das equipes. Parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe provocar mudanças a partir da reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais em ação na rede de serviços e tem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

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

Batista, Quirino e Silva (2020), também reiteram a necessidade de articulação intersetorial e políticas de educação permanente. Os fatores dificultadores são, segundo os autores, a fragilidade da rede intersetorial, a falta de preparo dos profissionais para acolher e notificar os casos e a impotência na resolutividade do ciclo de violência. Salienta-se que, a notificação realizada adequadamente requer que os profissionais sejam capazes de identificar situações e contextos de violências, bem como saibam como abordar e acolher as vítimas (Habigzang, 2018).

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

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

Em relação aos casos notificados de violências no município, observa-se que provavelmente os dados também não refletem a realidade no âmbito do sistema de informação, conforme verificado nos discursos nos grupos focais. A maioria relatou medo de represália, desconhecimento sobre o preenchimento da ficha e, também, confusão entre os termos “denúncia” e “notificação”. Observou-se que a notificação é frequentemente entendida como denúncia, o que dificulta o avanço nas discussões e ações concernentes ao problema. Contudo, apesar desse diagnóstico de subnotificações e das experiências negativas na identificação, acolhimento e referenciamento dos casos, há potencialidades e possibilidades de enfrentamento às violências na atenção primária, por tratar-se de espaço privilegiado de acolhimento, identificação, atendimento, notificação e acompanhamento, a partir das Estratégias de Saúde da Família.

3.4 O lugar da vítima - a violência institucional e a correlação com a (re)violência

Por fim, “o lugar da vítima”. Esta categoria objetivou tecer considerações sobre a dinâmica dos abusos durante o processo de escuta, cujas narrativas revelaram a existência de inadequações de procedimentos na forma como são realizadas as

escutas para obtenção das informações dos atos violentos, que na maioria das vezes, ultrapassam o limite da proteção, o que Casola e colaboradores (2021) definem como (re)violência ou vitimização secundária ou, ainda, violência institucional.

A (re)violência perpetrada pelas instituições, sejam elas de saúde ou judiciais, intensifica a agressão já sofrida e é causada por agentes públicos que deveriam proteger as vítimas. O atendimento às vítimas, especialmente mulheres, em todas as esferas, é considerado, na maioria dos casos, ineficiente, visto que há um despreparo em atendê-las e encaminhá-las na rede intra/intersectorial (Amaral et al., 2016; Castro & Silva, 2017).

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

Tendo em vista o desgaste emocional na longa trajetória em busca de auxílio e/ou respostas que não necessariamente resultam em soluções, a rede de atendimento às vítimas deve buscar uma atuação articulada também com a comunidade, proporcionando qualidade no atendimento e encaminhamento adequado das situações (Sani & Morais, 2015).

A violência institucional está presente no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde e é definida sob dois aspectos: por omissão e por comissão. A primeira engloba a negligência e o descaso às necessidades básicas dos usuários do sistema de saúde. A segunda, relaciona-se a procedimentos técnicos da assistência muitas vezes desnecessários e/ou indesejáveis (Costa, 2005). Segundo Silva e Madri (2021), usuários vivenciam abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre profissional e usuário. Uma forma muito comum de violência institucional nos serviços de saúde ocorre por práticas discriminatórias em função de gênero, raça, etnia, orientação sexual e religião.

As equipes da ESF ao acolherem pessoas vítimas de violências buscam empregar tecnologias de cuidado como a escuta, o vínculo e a visita domiciliar. Contudo, na prática, as ações dos profissionais são cerceadas por limites que se relacionam, dentre outros fatores, com a formação centrada no modelo biomédico cujo caráter curativista/medicalizante desqualifica o saber que é produzido na prática comunitária, em sintonia com as condições de vida das comunidades. Importa destacar que a aprendizagem baseada em problemas propõe soluções e tomadas de consciência da realidade para transformá-la, levando em consideração as subjetividades das vítimas, num espaço sem preconceitos, em que o profissional se coloque no lugar da vítima.

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

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

A (re)violência tem como pressuposto a violência perpetrada por uma rede que deveria ser de proteção. Ao submeter a vítima a um novo contexto de violências, sobretudo na Atenção Primária, “[...] acaba ampliando a violência sofrida previamente pelas vítimas.” (Casola et al., 2021, p. 92). A partir dessa lógica se faz necessário refletir criticamente os diversos procedimentos e repensar as práticas na busca por evitar o reforço da dor pelos traumas vividos pelas vítimas.

Observa-se ainda nos relatos, associados à (re)vitimização, à desarticulação da rede e à desestruturação dos fluxos, influenciados pela rotatividade de atores sensibilizados na temática na rede de proteção.

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

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

As narrativas revelam o itinerário percorrido pelas pessoas em situação de violência que conformam uma “peregrinação” nos serviços com fluxos diversificados, que gera o cuidado fragmentado da rede e a ausência de uma comunicação efetiva dos profissionais que lidam com a problemática. Carvalho (2009) destaca que tais deficiências de articulação perpassam desde as dificuldades de comunicação entre as instituições a processos de trabalho isolados e descontínuos entre as mesmas.

A institucionalização de práticas humanizadas ainda enfrenta a reprodução da ausência de fluxos de atendimento que evitem a violação de direitos. Dessa forma, percebe-se que, nesses serviços, a violência institucional capilariza-se e assume formatos que negam os avanços nesse complexo campo de atuação (Moreira et al., 2020).

4. Considerações Finais

A partir das reflexões expande-se a possibilidade de construir novas perspectivas frente às violências, compreender esse fenômeno de forma ampla e a engrenagem que o alimenta. Entender as violências como uma ocorrência complexa impõe, necessariamente, um tratamento específico quando o objetivo é controlar e reduzir a incidência de tal fenômeno. Dessa forma, propostas de articulações entre redes institucionais e ações intersetoriais tornam-se formas privilegiadas de políticas públicas voltadas para a temática. O trabalho em rede legitima uma nova maneira de se fazer proteção social.

A institucionalização de práticas humanizadas e integradas ainda enfrenta a precariedade de fluxos de atendimento que evitem violações de direitos e, também, a fragilidade de uma formação contextualizada que aproxime os profissionais de saúde às reais necessidades dos usuários e do sistema. O desafio está relacionado às parcerias entre os diversos setores que trabalham com situações violentas na organização de uma rede de proteção e assistência intersetorial. Tais deficiências perpassam desde as dificuldades de comunicação entre as instituições a processos de trabalhos isolados e descontinuados. No que tange, portanto, ao apoio da rede intersetorial, considera-se as violências um problema cuja resolução não compete unicamente ao setor saúde, mas que necessita da articulação de diferentes setores para o seu enfrentamento. Esse é outro aspecto que chama a atenção nas narrativas, ou seja, práticas institucionais de enfrentamento das violências que são, muitas vezes, fragmentadas, pontuais e limitadas a setores específicos.

Neste estudo, há dados que demonstram o desconhecimento sobre a notificação e sobre que ações devem ser conduzidas para o enfrentamento das violências. Além disso, falas agregadas à notificação como denúncia demonstram a necessidade de criar estratégias de construção conjunta de novos entendimentos sobre o problema e de ações para seu enfrentamento. Para tecer uma rede intersetorial forte é imprescindível a reestruturação dos serviços e a capacitação e motivação dos profissionais dos serviços que lidam com contextos de violências, no intuito de ampliar sua capacidade de acolhimento, orientação e tratamento. Recomenda-se a ESF e a rede intersetorial como locais de atenção, pela proximidade com as comunidades e pela disponibilidade de atuação multiprofissional, uma vez que a diversidade de olhares sobre o problema pode promover ações mais efetivas.

Os resultados apontam, finalmente, para a necessidade de reforço de ações de educação permanente que capacitem profissionais da saúde e da rede intersetorial na escuta e na prática de um atendimento mais humanizado às pessoas que

sofreram ou sofrem violências; uma educação que permita identificar sinais de maus-tratos, sintomas de abusos, abandono e negligência. Neste sentido, importante aprofundar discussões que instrumentalizem ações concernentes ao combate às violências e que promovam espaços de trocas de experiências, percepções, subjetividades e práticas coletivas promotoras de uma cultura da paz.

Referências

- Amaral, L. B. de M., Vasconcelos, T. B. de., Sá, F. E. de., Silva, A. S. R. da., & Macena, R. H. M. (2016). Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. *Revista Estudos Feministas*, 24(2), 521–540. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p521>
- Ayres, J. R. de C. M. (2005). Cuidados e reconstrução das práticas em saúde. In M. C. de S. Minayo & C. E. A. Coimbra Junior (Eds.), *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* (pp. 91-108). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Baraldí, D. C., & Souto, B. G. A. (2011). A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 36(1), 10-17. <https://doi.org/10.7322/abcs.v36i1.69>
- Batista, M. K. B., Quirino, T. R. L., & Silva, M. V. da. (2020). Violência contra crianças na atenção primária à saúde: uma proposta de matriciamento. *Mudanças*, 28(2), 35-42. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v28n2p35-42>
- Berger, S. M. D. (2011). Violência entre parceiros íntimos: desafios no ensino e atenção em saúde. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 35(4), 526–534. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400012>
- Bosi, M. L. (2012). Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 575-586. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300002>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Portaria MS/GM no 737, de 16 de maio de 2001. Diário Oficial da União, n. 96, seção 1. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Instrutivo para preenchimento de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2009). Por uma Cultura da Paz, Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carneiro, J. B., Gomes, N. P., de Almeida, L. C. G., Romano, C. M. C., Silva, A. F., Webler, N., & Mauricio, M. D. A. L. L. D. (2021). Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal. *Escola Anna Nery*, 25(5), e20210020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0020>
- Carvalho, A. C. R. (2009). *Maus-tratos contra crianças e adolescentes: como pensam e agem os profissionais de saúde?* (Dissertação de mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Casola, F., Angeli, G., Cavaler, C. M., & Moliner, J. (2021). Proteção ou (re) violência? A operação da violência contra a mulher no sistema de justiça criminal. *Iniciação Científica Cesumar*, 23(1). <https://doi.org/10.17765/2176-9192.2021v23n1e9868>
- Castro, B. D. V., & Silva, A. S. (2017). Atuação da autoridade policial e do Poder Judiciário no combate à violência doméstica contra a mulher na cidade de São Luís/MA. *Opinião Jurídica*, 15(20), 59-83. <https://doi.org/10.12662/2447-6641oj.v15i20.p59-83.2017>
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 14(1), 41–65. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>
- Coelho, E. B. S., Silva, A. C. L. G., & Lindner, S. R. (Orgs.). (2014). *Violência: definições e tipologias*. UFSC. https://violenciaesaude.paginas.ufsc.br/files/2015/12/Definicoes_Tipologias.pdf
- Costa, A. L. R. C. (2005). *As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica de um hospital público* (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Crochík, J. L. (2008). T.W. Adorno e a psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 297–305. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000200017>
- d'Oliveira, A. F. P. L., Pereira, S., Schraiber, L. B., Graglia, C. G. V., Aguiar, J. M. de., Sousa, P. C. de., & Bonin, R. G. (2020). Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190164. <https://doi.org/10.1590/Interface.190164>
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2006). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 1163–1178. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>
- Debert, G. G. (2006). Conflitos éticos nas delegacias de defesa da mulher. In G. Debert & M. F. Gregori (Orgs.), *Gênero e distribuição da justiça: as delegacias de defesa da mulher e a construção das diferenças* (pp. 13-56). Campinas: Pagu, Núcleo de Estudos de Gênero. (Coleção Encontros).
- Esperandio, E. G., Moura, A. T. M. S. de., & Favoreto, C. A. O. (2020). Violência íntima: experiências de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190707. <https://doi.org/10.1590/Interface.190707>

- Faraj, S. P., Siqueira, A. C., & Arpini, D. M. (2016). Rede de proteção: o olhar de profissionais do sistema de garantia de direitos. *Temas em Psicologia*, 24(2), 727-741. [10.9788/TP2016.2-18](https://doi.org/10.9788/TP2016.2-18)
- Faria, L. (2020). *Violências e suas configurações: Vulnerabilidades, Injustiças e Desigualdades Sociais*. Editora Hucitec.
- Faria, L., & Patiño, R. A. (2020). Violências, injustiças e sofrimento humano: o impacto das desigualdades sociais nas percepções de Martín-Baró, Ricoeur e Nietzsche. *Cadernos IHU Ideias*, 18(308), 1-33. <https://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/308cadernosihuideias.pdf>
- Faria, L., Castro Santos, L. A., & Alvarez, R. C. (2022). As sociedades em risco e os múltiplos fatores que fragilizam as relações sociais em tempos de pandemia. *Revista del CESLA*, (29), 11-28. <https://doi.org/10.36551/2081-1160.2022.29.11-28>
- Ferreira, C. M., Da Silva, M. R. F., Pessoa, V. M., & Nuto, S. A. S. (2021). Estratégias de sobrevivência à violência utilizadas pelos agentes comunitários de saúde. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 34. <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.11152>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>
- Habigzang, L. (2018). *Manual de capacitação profissional para atendimentos em situações de violência* [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/15154038-manual-de-capacitacao-profissional-para-atendimento-em-situacoes-de-violencia-pucrs.pdf>
- Junqueira, L. A. P. (2004). A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde E Sociedade*, 13(1), 25–36. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100004>
- Kiss, L. B., Schraiber, L. B., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2007). Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface (Botucatu)*, 11(23), 485-501. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300007>
- Krug, E. G., et al. (Eds.). (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: OMS. Recuperado de <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>
- Leite, J. C. de S., Rodrigues de Oliveira, V., Socorro Vieira Lopes, M. do, & Albuquerque., G. A. (2021). Cartilha educativa: enfrentamento a violência contra crianças e adolescentes. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 11(35), 530–539. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.530-539>
- Lima, L. A., Oliveira, J. C., Cavalcante, F. A., Santos, W. S. V., Silva Júnior, F. J. G., & Monteiro, C. F. S. (2017). Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 6(2), 65-68. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i2.5783>
- Manzini, E. J. (2004). Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In *Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos* (Vol. 2, p. 10). Bauru. https://www.mabilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf
- Martins, L. de C. A., Silva, E. B. da Costa, M. C. da, & Colomé, I. C. S. (2016). Violência contra mulher: acolhimento na estratégia saúde da família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(3), 507-514. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v15i3.31422>
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2004). A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 646-647. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300001>
- Minayo, M. C. S. (2005). Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In Brasil, Ministério da Saúde, *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf
- Moreira, T. das N. F., Martins, C. L., Feuerwerker, L. C. M., & Schraiber, L. B. (2014). A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 814–827. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300007>
- Moreira, G. A. R., Vieira, L. J. E. de S., Cavalcanti, L. F., Silva, R. M., & Feitoza, A. R. (2020). Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Saúde e Sociedade*, 29(1), e180895. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180895>
- Nascimento, S. do. (2010). Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social & Sociedade*, (101), 95–120. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000100006>
- Nun, J. (2001). *Marginalidad e exclusión social*. Fondo de Cultura Económica.
- Oliveira, A. M. N. de, Marques, L. A., Silva, P. A. da, Prestes, R. C., Biondi, H. S., & Silva, B. T. da. (2015). Percepção dos profissionais de saúde frente às intervenções primárias: prevenindo a violência intrafamiliar. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24, 424-431. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0702015000092014>
- Oliveira, B. C., et al. (2021). A escuta especializada e o espaço educacional: relações dialógicas sobre a violência. *Anais do EVINCI-UniBrasil*, 7(1), 488-488.
- Oliveira, M. T., Ferigato, S. H. (2019). A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(3), 508-521. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1729>
- Oliveira, R. N. G. de, & Fonseca, R. M. G. S. da. (2014). A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 31-38. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800006>
- Patiño, R. A., & Faria, L. (2019). Práticas de exclusão social: reflexões teórico-epistemológicas em torno de um campo de estudos. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 10(2), 426-444. <https://doi.org/10.21501/22161201.2892>

- Pires, R. R. (2019). *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. Ipea. https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9323/1/Implementando%20desigualdades_reprodu%C3%A7%C3%A3o%20de%20desigualdades%20na%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas.pdf.
- Porto, R. T. S., Bispo Júnior, J. P., & Lima, E. C. de. (2014). Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 787-807. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300007>
- Rodrigues, E. A. S., Tavares, R., Melo, V. H., Silva, J. M. da., & Melo, E. M. de. (2018). Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. *Saúde Em Debate*, 42(spe4), 55-66. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S404>
- Sani, A., & Morais, C. (2015). A polícia no apoio às vítimas de violência doméstica: estudo exploratório com polícias e vítimas. *Direito e Democracia*, 16(1), 5-18. Recuperado de <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/direito/article/view/2282/2081>
- Santos, A. M. R. dos., Soares, J. de C. N., Nogueira, L. F., Araújo, N. A., Mesquita, G. V., & Leal, C. F. dos S. (2011). Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 64(1), 84-90. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100013>
- Schraiber, L., d'Oliveira, A. F., Hanada, H., Figueiredo, W., Couto, M., Kiss, L., Durand, J., & Pinho, A. (2003). Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 41-54. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100004>
- Silva, I. V., Aquino, E. M. L., & Pinto, I. C. de M. (2014). Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 30(10), 2112-2122. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00146713>
- Silva, L. A., Casotti, C. A., & Chaves, S. C. L. (2013). A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 221-232. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>
- Silva, L. O. A., & Madrid, F. M. L. (2021). O combate à violência institucional contra as mulheres e a desqualificação da palavra da vítima. *Toledo*, 17(17). Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/9143/67650866#>
- Sousa, M. C. de., Esperidião, M. A., & Medina, M. G. (2017). A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1781-1790. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 19(3), 777-796. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>