

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VANESSA DE OLIVEIRA LUCCHESI

PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE PARA RESPONDER À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UM ESTUDO
QUALITATIVO PARA SUBSIDIAR A FORMAÇÃO

MATINHOS

2022

VANESSA DE OLIVEIRA LUCCHESI

PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE PARA RESPONDER À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UM ESTUDO
QUALITATIVO PARA SUBSIDIAR A FORMAÇÃO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável, Setor Litoral da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Territorial Sustentável.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli
Coorientador: Prof. Dr. Clóvis Wanzinack

MATINHOS

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte
Biblioteca Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral

L934p Lucchesi, Vanessa de Oliveira
Proposta de capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para responder à violência doméstica: um estudo qualitativo para subsidiar a formação. / Vanessa de Oliveira [Lucchesi](#); orientador Marcos Claudio [Signorelli](#). – 2022. 106 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral, Matinhos/PR, 2022.

1. Atenção Primária à saúde. 2. Violência Doméstica. 3. Capacitação Profissional. I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Desenvolvimento Territorial Sustentável. II. Título.

CDD – 362.8292



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR LITORAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DESENVOLVIMENTO
TERRITORIAL SUSTENTÁVEL - 40001016081P3

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **VANESSA DE OLIVEIRA LUCCHESI** intitulada: **Proposta de capacitação de profissionais da atenção primária a saúde para responder à violência doméstica: um estudo qualitativo para subsidiar a formação**, sob orientação do Prof. Dr. **MARCOS CLÁUDIO SIGNORELLI**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

MATINHOS, 28 de Junho de 2022.

Assinatura Eletrônica
05/07/2022 12:19:13.0
MARCOS CLÁUDIO SIGNORELLI
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
05/07/2022 12:07:23.0
ELIS MARIA TEIXEIRA PALMA PRIOTTO
Avaliador Externo (55001108)

Assinatura Eletrônica
05/07/2022 22:58:53.0
TAINÁ RIBAS MÊLO
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
05/07/2022 09:45:36.0
CLÓVIS WANZINACK
Coordenador(a) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico a toda pessoa que passa ou passou por uma situação de violência na vida e que utilizou um serviço de saúde, especialmente da Atenção Primária à Saúde, o que me motivou a chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos primeiramente a Deus, Pai Celeste, Força Universal, Poder Supremo, no qual confio e agradeço pelas pessoas e oportunidades que colocou em minha vida.

Agradeço a minha família, especialmente a minha mãe, dona Marli, por dedicar a sua vida a nos proporcionar estudo, a me ensinar que somente a educação é capaz de transformar nosso futuro, e por nunca me deixar desistir de continuar estudando. Te amo imensamente. A meu pai, José Roberto, por ser exemplo, por continuar estudando até hoje, por também me incentivar a estudar e lutar sempre, por ter me impedido de interromper minha graduação para trabalhar. Pelo investimento e confiança que sempre depositou em mim. Te amo.

A todos os grandes amigos e amigas, da graduação e pós-graduação; do meu primeiro emprego no interior da Bahia, aos que compartilham a vida comigo no serviço público no município de Paranaguá, por todo compartilhamento, aprendizado, experiências e incentivos. Especialmente a grandiosa e generosa amiga e professora Tainá Ribas Mélo, minha grande incentivadora para ingressar no mestrado. Gratidão eterna amiga.

Aos usuários do SUS por acreditarem no nosso trabalho e compartilharem seus momentos de dúvidas e de conquistas. Às minhas crianças e seus familiares por confiarem na minha atuação como Fonoaudióloga na Saúde pública.

Aos docentes e colegas do Mestrado em Desenvolvimento Territorial Sustentável da UFPR-Litoral pela condução e aprendizado ricamente desenvolvido nas aulas e nos encontros mesmo remotos. Especialmente ao meu querido orientador professor Dr. Marcos Claudio Signorelli, que me acompanhou e participou de todo processo de pesquisa e escrita dessa dissertação. Gratidão imensa a ti professor.

E por último e não menos importante, ao meu companheiro de vida Eduardo Nassif e ao meu amado filho Filipe Magnus, por compreenderem os momentos de ausência para desenvolvimento da pesquisa e por todo amor e compartilhamento dos momentos de grande importância na minha vida. Amo vocês eternamente.

“Nenhum país, nenhuma cidade, nenhuma comunidade estão imunes à violência, mas também não estamos impotentes diante dela”.

(Nelson Mandela, Relatório mundial sobre violência e saúde em 2002).

RESUMO

O atendimento às mulheres em situação de violência doméstica (VD) no Brasil por profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) é um desafio, pois muitas vezes os profissionais de saúde têm dificuldades de perceber e/ou lidar com pessoas nessa situação. No SUS, a atenção primária à saúde (APS), considerada a porta de entrada dos usuários nos serviços, é um espaço privilegiado para respostas à essa problemática. Para lidar com esses desafios, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou recentemente um currículo para guiar a formação de profissionais da saúde, mas nenhum estudo brasileiro investigou a relação deste currículo com as necessidades brasileiras. O objetivo desse trabalho foi investigar demandas de capacitação de profissionais da APS do município de Paranaguá - Paraná, no enfrentamento à VD, agregando o conhecimento de profissionais especializados nessa temática da rede intersetorial para subsidiar a elaboração de uma proposta de capacitação profissional para a APS alinhada ao currículo da OMS, e ao mesmo tempo adaptada às necessidades locais. Foi realizada pesquisa qualitativa com 42 participantes por meio da realização de entrevistas semiestruturadas e grupos focais para apreender as percepções de profissionais da APS do município de Paranaguá e de profissionais especializados da Casa da Mulher Brasileira (CMB) de Curitiba, acerca do atendimento dos casos de mulheres em situação de violência. Utilizando a abordagem de triangulação de métodos (entrevistas semiestruturadas, grupos focais e notas de campo); em dois centros de APS e a Casa da Mulher Brasileira – CMB; participaram da pesquisa funcionários da APS e especialistas do CMB; e analisou-se múltiplas formações - saúde pública, enfermagem, ciências sociais e direitos humanos. O trabalho de campo ocorreu entre novembro/2020 e setembro/2021. Todos os dados foram gravados, transcritos e a análise foi apoiada pelo software NVivo® (com a geração de nuvens de palavras). Através desta avaliação, pretende-se conhecer a realidade da capacitação para atendimento de VD em Paranaguá e assim sugerir formação que favoreçam o acolhimento desta população pelos profissionais. Os resultados apresentaram como principais tópicos: 1) as práticas e desafios atuais da APS. 2) o suporte ideal: a) salas privativas de atendimento; b) Um “profissional de referência” em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) que possa apoiar os demais profissionais; c) protocolo intersetorial integrado. 3) A capacitação ideal que deve abordar: a) mulheres, adolescentes e crianças; b) explicar todos os tipos de violência; c) normas de gênero e leis de VD; d) associações de VD com álcool/drogas; e) saúde mental; f) papel fundamental da equipe de APS/como abordar as sobreviventes; g) papel da rede intersetorial; h) obrigatoriedade da notificação de violência; i) segurança dos profissionais da APS; j) impactos da pandemia de COVID-19 para os mais vulneráveis; k) oficinas presenciais com casos práticos. Os resultados indicam que as equipes de APS precisam ser treinadas em um programa de capacitação sob medida que aborde seus contextos e necessidades locais, além de apontar que o ideal para o contexto brasileiro seria a adaptação contextualizada do currículo da OMS, e por fim, demonstra que com treinamento adequado na identificação de VD e cuidados aos sobreviventes, a equipe da APS pode ser um aliado fundamental para prevenir a VD e sua escalada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Violência doméstica; Capacitação profissional.

ABSTRACT

The care of women in situations of domestic violence (DV) in Brazil by professionals of the Brazilian Unified Health System (SUS) is a challenge, because health professionals often have difficulty perceiving and/or dealing with people in this situation. In the SUS, primary health care (PHC), considered the gateway to users' services, is a privileged space for responses to this problem. To deal with these challenges, the World Health Organization (WHO) has recently developed a curriculum to guide the training of health professionals, but no Brazilian study has investigated the relationship of this curriculum with the Brazilian needs. The aim of this study was to investigate demands for training of PHC professionals in the municipality of Paranaguá - Paraná, in the face of the DV, adding the knowledge of professionals specialized in this theme of the intersectoral network to support the development of a proposal for professional training for PHC aligned to the WHO curriculum, and at the same time adapted to local needs. Qualitative research was conducted with 42 participants through semi-structured interviews and focus groups to apprehend the perceptions of PHC professionals in the municipality of Paranaguá and specialized professionals of the Casa da Mulher Brasileira (CMB) of Curitiba, about the care of women in situations of violence. Using the triangulation of methods approach (semi-structured interviews, focus groups and field notes); in two PHC centers and the Casa da Mulher Brasileira - CMB; PHC staff and CMB specialists participated in the research; and multiple backgrounds were analyzed - public health, nursing, social sciences and human rights. Fieldwork occurred between November/2020 and September/2021. All data were recorded, transcribed and the analysis was supported by NVivo® software (with the generation of word clouds). Through this evaluation, we intend to know the reality of the training for the care of the DV in Paranaguá and thus suggest training that favors the reception of this population by the professionals. The results presented as main topics: 1) the current PHC practices and challenges. 2) the ideal support: a) private rooms for care; b) a "reference professional" in each Basic Health Unit (BHU) who can support the other professionals; c) integrated intersectoral protocol. 3) The ideal training that should address: a) women, adolescents and children; b) explain all types of violence; c) gender norms and laws of DV; d) associations of DV with alcohol/drugs; e) mental health; f) fundamental role of the PHC team/how to approach survivors; g) role of the intersectoral network; h) mandatory notification of violence; i) safety of PHC professionals; j) impacts of the pandemic of COVID-19 for the most vulnerable; k) face-to-face workshops with practical cases. The results indicate that PHC teams need to be trained in a tailored training program that addresses their local contexts and needs, and point out that the ideal for the Brazilian context would be a contextualized adaptation of the WHO curriculum.

Keywords: Primary Health Care; Domestic Violence; Professional Training.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 - MAPA DOS PRINCIPAIS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DE PARANAGUÁ	19
FIGURA 02 - FLUXO DE DADOS NOTIFICAÇÃO VIVA SINAN	27
FIGURA 03 - OBJETO DE NOTIFICAÇÃO VIVA/SINAN	31
FIGURA 04 - TEMPO E EXEMPLOS DE ATIVIDADE PARA AS SESSÕES DE CAPACITAÇÃO DO CURRÍCULO WHO	36
FIGURA 05 - DIAGRAMA DE METODOLOGIA	43
FIGURA 06 - NUVEM DE PALAVRAS SOBRE A MOTIVAÇÃO DOS CASOS DE VD SEGUNDO PROFISSIONAIS DA APS – QUESTÃO 5	47
FIGURA 07 - NUVEM DE PALAVRAS SOBRE QUEM MAIS SOFRE VIOLÊNCIA SEGUNDO PROFISSIONAIS DA APS- QUESTÃO 3.....	48
FIGURA 08 - NUVEM DE PALAVRAS SOBRE OS IMPACTOS DA PANDEMIA, SEGUNDO PROFISSIONAIS DA APS – QUESTÃO 6.....	52
FIGURA 09 - NUVEM DE PALAVRAS SOBRE SUPORTE PARA ATENDIMENTO DE CASOS DE VD PELA APS – QUESTÃO 10	54
FIGURA 10 - NUVEM DE PALAVRAS SOBRE OS DESAFIOS RELATADOS PELOS PROFISSIONAIS DA APS - QUESTÃO 11.....	55
FIGURA 11 - NUVEM DE PALAVRAS SOBRE CONTEÚDOS E INFORMAÇÕES MAIS ÚTEIS PARA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA APS – QUESTÃO 19.....	59
FIGURA 12 - NUVEM DE PALAVRAS SOBRE MUDANÇAS NECESSÁRIAS NA SUA REGIÃO DE TRABALHO- QUESTÃO 21	60

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA POR ANO NO MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ.....	20
TABELA 02 – REPETIÇÃO DE VIOLÊNCIA SEGUNDO NOTIFICAÇÕES DE SAÚDE NO PARANÁ EM 2019.....	28
TABELA 03 – SESSÕES E TEMAS DA CAPACITAÇÃO DO CURRÍCULO WHO	35
TABELA 04 – RESUMO DOS PERFIS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	45

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
CAICAVV	- Centro de Atendimento Integrado à Criança e Adolescente Vítima de Violência
CMB	- Casa da Mulher Brasileira
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS	- Centro de Referência em Assistência Social
DDM	- Delegacias de Defesa da Mulher
ESF	- Estratégia Saúde da Família
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPARDES	- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IST	- Infecção Sexualmente Transmissível
LGBTIQA+	- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais e mais.
NASF	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NI	- Não Informado
ODS	- Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organización Panamericana de la Salud
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
PR	- Paraná
SIM	- Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VE	- Vigilância Epidemiológica
VIVA	- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VD	- Violência Doméstica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	JUSTIFICATIVA.....	18
1.2	OBJETIVOS	22
1.2.1	Objetivo Geral.....	22
1.2.2	Objetivos Específicos	22
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
2.1	CONCEITOS ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	23
2.2	O SUS, A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: QUAL SUA RELAÇÃO?	25
2.3	POLÍTICAS DE PROTEÇÃO CONTRA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	29
2.4	CAPACITAÇÃO EM SAÚDE E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	31
2.5	CURRÍCULO DA OMS PARA VD	33
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	38
3.1	METODOLOGIA QUALITATIVA	38
3.2	LOCAL DE PESQUISA	38
3.3	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	39
3.4	ETAPAS DA COLETA DE DADOS	39
3.4.1	ENTREVISTAS INDIVIDUAIS SEMIESTRUTURADAS.....	39
3.4.2	GRUPOS FOCAIS.....	41
3.5	TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	41
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
4.1	CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DA VD	46
4.2	PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE A VD.....	53
4.3	RECURSOS E PROPOSTAS DE CAPACITAÇÃO	56
4.3.1	RECOMENDAÇÕES DE CAPACITAÇÃO PARA APS.....	61
5	CONCLUSÕES.....	69
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PARTICIPANTES QUE TRABALHAM NA ATENÇÃO À SAÚDE.....	80
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PARTICIPANTES QUE TRABALHAM NA CASA DE MULHER BRASILEIRA (CMB)	

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O GRUPO FOCAL	87
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APS..	89
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CMB.	93
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GRUPO FOCAL	97
ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO CEP/UFPR	101

1 INTRODUÇÃO

A violência é reconhecida há várias décadas como um problema para departamentos e setores da justiça criminal e de defesa. Tem sido debatida nas mais diversas resoluções da Organização das Nações Unidas (ONU) desde 1986. Foi inserida na agenda internacional da saúde na Assembleia Mundial de Saúde, em 1996, em Genebra, onde foi aprovada uma resolução declarando a violência como um importante problema de saúde pública em todo o mundo. A Assembleia Mundial de Saúde convocou os Estados membros a enfrentar imediatamente o problema da violência, solicitando ao Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) o desenvolvimento de uma abordagem científica para compreender e prevenir o tema (OMS, 2014).

Além disso, dentre os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), instrumento de política estratégica que oferece direcionamento e visão política para o desenvolvimento da saúde na Região das Américas, propostos pela ONU para serem alcançados até o ano de 2030, o tema está relacionado a dois dos 17 objetivos: saúde e bem estar (ODS 3) que discorre sobre “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”; e igualdade de gênero (ODS 5) que promove “alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas” (ONU, 2015).

Segundo a OMS, em seu relatório sobre violência e saúde, há diferentes tipos de violência como a auto-infligida, interpessoal e coletiva. A violência auto-infligida inclui comportamento suicida (pensamentos ou comportamentos suicidas) e auto-abuso (como automutilação). A violência interpessoal subdivide-se em violência da família, que pode ser provocada por parceiro íntimo, por exemplo, e violência comunitária, quando provocada por pessoa sem parentesco e geralmente fora de casa. E a violência coletiva que pode ser de cunho social, político e econômico, incluindo as guerras e terrorismo (KRUG *et. al.*, 2002).

A violência doméstica (VD) se caracteriza como violência interpessoal praticada em ambiente domiciliar (normalmente, mas não exclusivamente) (KRUG *et. al.*, 2002), em sua maioria contra a mulher, mas também contra crianças, geralmente por familiar ou marido/companheiro. O uso do termo violência doméstica está contido na própria Lei Maria da Penha, lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006, um aparato legal criado para proteger mulheres em situação de violência no Brasil (BRASIL, 2006), a seguir:

Art. 5º. [...] 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.

I - No âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas.

A violência por parceiro íntimo (VPI) é definida como qualquer violência praticada por marido ou parceiro íntimo que traga dano físico, psicológico ou sexual. Intimamente ligada à mulher, pode ocorrer em qualquer país do mundo, independente de religião, cultura ou grupo econômico, e está sendo enquadrada como grande problema de saúde pública. Atos de agressão como chutes, socos ou surras; abuso psicológico como humilhação ou intimidação; relações sexuais forçadas e comportamentos controladores são considerados violência por parceiro íntimo e devem ser denunciados (KRUG *et. al.*, 2002).

A lei Maria da Penha dispõe da consagração de direitos e de um sistema de proteção social que pretende coibir a violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher, além de punir o agressor. O Art. 20º desta lei assegura às mulheres oportunidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental, seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social, independente de classe, raça, etnia e orientação sexual. Embora este marco legal seja um mecanismo de proteção social às mulheres em situação de violência, em alguns casos, as mulheres sofrem caladas, acometidas pelas mais perversas formas de violência, e não denunciam o agressor por diversos motivos, sejam estes de ordem familiar, ou pela proteção dos filhos, pela afetividade, questões relacionadas à estrutura financeira, e até mesmo por temer represálias. Outros indicadores que devem ser lembrados aliam-se à questão de segurança pessoal e o risco social a que as mulheres podem expor-se após a denúncia (BRASIL, 2006).

A lei 13.104 de 2015, denominada Lei do feminicídio, estabelece todo homicídio contra mulher por razões da condição de sexo feminino como crime hediondo. Tais razões vão incluir: I - violência doméstica e familiar; e II - menosprezo ou discriminação à condição de mulher (BRASIL, 2015). Esta lei passou a vigorar em 2015 e se trata de mais uma ferramenta para proteção às mulheres que estão em situação de violência no Brasil.

Apesar das recentes leis e políticas públicas, nota-se que há lacunas na implementação dessas estratégias na rede intersetorial e de atenção à saúde. Há desde lacunas relacionadas a serviços, como falta de delegacias especializadas, centros de cuidados, assistência e apoio psicossocial às/aos sobreviventes, até lacunas de pessoal qualificado para o atendimento. Como trabalhadora de um serviço de atenção primária à saúde e verificando os casos de VD que chegavam ao nosso serviço e não eram notificados pela equipe, surgiu a indagação acerca da capacitação ou da preparação de nós, profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), para esses atendimentos. Portanto, investigar em profundidade os desafios e potencialidades desta

rede, especialmente na APS, são de relevância social não somente para os/as sobreviventes, mas para a sociedade como um todo.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (CERQUEIRA D. *et. al*, 2021), no Brasil, houve um aumento da violência letal contra públicos vulneráveis, incluindo crianças, jovens, negros, população LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transgêneros, queers, intersexuais, assexuais e outras minorias sexuais), e mulheres, com destaque para os casos de feminicídio.

Em relação à violência de gênero, um importante estudo multicêntrico foi realizado pela OMS, liderado por Claudia Garcia-Moreno *et. al.* (2006), estimando a prevalência de violência contra mulheres perpetrada por parceiros íntimos em diversos países do mundo. O estudo também entrevistou mulheres brasileiras em São Paulo (área urbana) e na Zona da Mata de Pernambuco (área rural), sendo que aproximadamente 1 em 3 brasileiras relatou sofrer violência física e 1 em 2 relatou sofrer violência psicológica ao longo da vida (SCHRAIBER *et. al.*, 2007). Esses dados trazem uma estimativa do tamanho do problema em diferentes regiões brasileiras.

Quando se trata do atendimento de casos de VD, especialmente pela saúde pública, a APS através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), constitui porta de entrada para essas pessoas. Entretanto, vê-se a carência de capacitação para os profissionais que atuam nesses locais no atendimento de tais casos (SIGNORELLI; TAFT; PEREIRA, 2018; GARBIN *et. al.*, 2014; MENDONÇA *et. al.*, 2020). Internacionalmente já existe um programa para capacitação de profissionais da saúde criada pela OMS em 2019, o “*Caring for women subjected to violence: A WHO curriculum for training healthcare providers*” (“Cuidando de mulheres submetidas à violência: um currículo da OMS para treinamento de profissionais de saúde”). Este documento será mais detalhado no capítulo 2 deste trabalho. Entretanto, não existem ainda estudos sobre sua implementação ou adaptação para o Brasil.

Baseado na questão problema de que o atendimento e manejo dos casos de VD, assim como sua prevenção no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Paranaguá, Paraná apresentam fragilidades na efetividade, surgiram as perguntas norteadoras dessa pesquisa: Como está a formação dos profissionais da APS quanto ao atendimento de casos de VD e quais as estratégias para capacitação desses profissionais para prevenção e atendimento dos casos de VD? Como profissionais da atenção especializada à violência contra mulher podem colaborar na formulação de uma proposta de capacitação para profissionais da APS acolherem pessoas em situação de VD? Em que medida os conteúdos do currículo da OMS para

capacitação de profissionais da saúde atendem as necessidades de trabalhadores do SUS e quais as particularidades locais brasileiras para adaptar, criando um currículo sob medida?

1.1 JUSTIFICATIVA

Segundo Agudelo (1990, p. 1) "a violência afeta a saúde porque ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima".

Tão importante quanto os estudos para dimensionar o problema (violência) são os estudos sobre a rede de atenção às pessoas em situação de violência, a capacitação de profissionais para atuação nessa linha de frente e análise dos programas/estratégias de prevenção. Estudos realizados sobre a rede intersetorial de serviços e o atendimento a mulheres em situação de violência no Brasil, mostram que apesar de muito importantes (VIEIRA; HASSE, 2016), o atendimento desses profissionais é configurado em desafios (KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2012), pois muitas vezes esses atores têm dificuldades de perceber situações de violência na mulher/criança ou têm dificuldades de como lidar com pessoas em situação de violência quando há essa percepção.

A presente pesquisa visou debater o tema da VD entre os trabalhadores da APS do município de Paranaguá-PR, em duas unidades de saúde que contemplam o Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF). Como objetivo secundário, almejou-se também investigar as percepções de profissionais da rede especializada de atenção às mulheres em situação de violência, sobre suas impressões a respeito das potencialidades da atuação da APS nesta problemática.

Ao analisar-se o litoral paranaense nas questões oriundas a segurança pública, depara-se com a pesquisadora Schneider (2015) que em sua pesquisa "Violência(s) Gênero e Território: Mulheres Trabalhadoras da Segurança Pública no Litoral Paranaense" verificou que: "no litoral Paranaense, são explícitas as diferentes territorialidades, da desigualdade de oportunidades, principalmente na questão de segurança pública, onde não existem políticas específicas de atuação, se resumindo apenas na intitulada "Operação Verão" (SCHNEIDER, 2015, p.85).

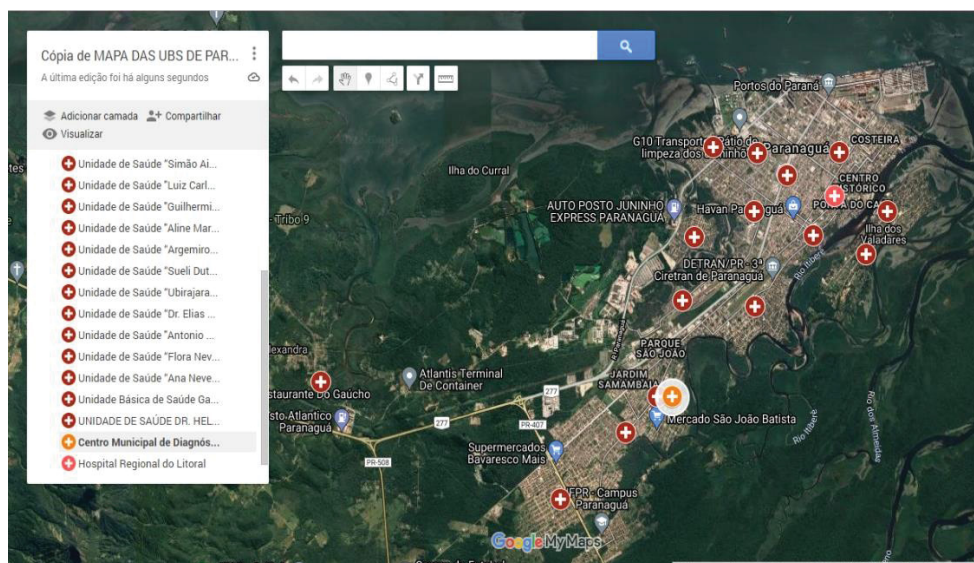
Encontra-se ainda no litoral paranaense, o desafio da descontinuidade de um olhar para a especificidade do território, assim como para os moradores permanentes da região; a falta de unificação dos setores públicos para que trabalhem em conjunto buscando amenizar as dificuldades locais, são questões que merecem um olhar mais criterioso pelo poder público.

Indicadores de saúde, como a taxa de Mortalidade Infantil (MI), indicadores socioeconômicos como o de carência habitacional, de desenvolvimento e de violência (taxa de homicídios de mulheres) do litoral do Paraná são piores em comparação com a média do estado do Paraná (CANAVESE; POLIDORO, 2013; WANZINACK *et. al.*, 2020). Segundo Schneider (2015) no litoral paranaense, é explícita as diferentes territorialidades, da desigualdade de oportunidades, principalmente na questão de segurança pública, onde não existem políticas específicas de atuação.

Minayo (2005) acredita que a violência não pode ser analisada ou tratada fora da sociedade que a produz em sua especificidade e particularidade histórica. Assim, ela é um fenômeno eminentemente sócio-histórico. Para Signorelli (2011), questões como a violência doméstica possuem facetas específicas na região litorânea do Paraná, como a influência das dinâmicas sazonais nesse problema, que seguem a lógica de emprego e renda no verão, e por outro lado, ociosidade, falta de trabalho e renda, com mais queixas de violência doméstica no inverno.

O município de Paranaguá, a partir de dados da Secretaria Municipal de Saúde, especialmente do Núcleo de Prevenção à Violência e Cultura da Paz, notificou entre os anos de 2010 a 2021, 1.683 casos de violências contra crianças, mulheres e/ou idosos, em uma população de cerca de 154 mil habitantes (IBGE, 2019). O mapa abaixo (Figura 1) mostra a localização no município dos principais equipamentos de saúde (UBS, CMD e Hospital Regional).

FIGURA 1 - MAPA DOS PRINCIPAIS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DE PARANAGUÁ



FONTE: Os autores, adaptado do site da Prefeitura Municipal de Paranaguá (2022).

A tabela 1 apresenta a distribuição dos locais de realização de notificação de violência entre os anos de 2017 e 2021, registrados pelo setor de Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde do município de Paranaguá. Como pode-se observar, dentre as unidades de saúde do município, somente uma notificou casos todos os anos, por se tratar de uma unidade localizada no centro da cidade. As outras unidades passaram vários anos sem notificar nenhum caso, demonstrando assim que a APS está aquém em relação à notificação. A instituição de alta complexidade representada pelo Hospital Regional do Litoral foi a que mais notificou casos de violência em todos os anos.

O ano de 2020 foi marcado por uma baixa nas notificações. Esta situação pode ser decorrente da Pandemia de COVID-19 iniciada e que acarretou redução de profissionais nas equipes da APS, pois muitos foram deslocados para locais de atendimento a COVID-19 no município.

TABELA 1 - NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA POR ANO NO MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ (PR)

LOCAIS DE ATENDIMENTO	2017	2018	2019	2020	2021
UBS Gabriel de Lara	12	63	39	15	1
UBS Rodrigo Gomes	0	4	4	0	5
UBS CAIC	0	2	6	1	1
UBS Alexandra	0	1	5	1	2
UBS Santos Dumont	0	3	0	0	1
UBS Araçá	0	0	0	0	0
UBS Serraria do Rocha	0	4	0	0	0
UBS Vila do Povo	0	0	0	0	1
UBS Jardim Iguaçú	0	1	0	0	3
UBS Vila Garcia	0	5	1	0	5
UBS Porto Seguro	-	-	0	0	7
UBS Leblon	-	-	0	0	1
CMD- Ambulatório especializado João Paulo II	1	5	0	0	0
UPA- Unidade de Pronto Atendimento	0	0	0	0	5
Hospital Regional do Litoral	88	259	255	170	232
TOTAL	101	347	310	187	259

FONTE: Os autores, baseado em VE/SMS Paranaguá (2022).

Todavia, o baixo número de notificações na APS do município não significa necessariamente que o problema não ocorra, muito pelo contrário, pode traduzir uma invisibilidade dos casos nos serviços da rede. Rosário (2021) analisou o perfil de notificações em Paranaguá através do registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2015 e 2018. Registrou um aumento de 374,6% nas notificações dos casos nesse período e que 69,5% das vítimas eram mulheres. Dessas, 44,97% sofreram

violência nos domicílios. Esses dados demonstram o tamanho da problemática e justificam a realização do presente estudo.

Assis *et. al.*, (2012) realizaram também uma análise das notificações de casos de violência em todo o Brasil no ano de 2010. Constataram a baixa qualidade dos dados registrados quanto ao detalhamento dessas notificações, causando assim falhas na informação, prejudicando o conhecimento mais detalhado do fenômeno, das ações de planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde no país.

Mendonça *et. al.*, (2020), em pesquisa que analisou publicações científicas nacionais acerca da violência na APS, destacam a relevância do tema no processo atual de saúde-doença e que partindo desse enfoque, a APS, enquanto ordenadora do cuidado, deve desempenhar papel fundamental frente aos casos. Essas pesquisas destacam a atuação em rede, que se caracteriza por representar o trabalho sob um olhar interdisciplinar e com efetividade advindo da integração de profissionais e dos serviços (UDE, 2008), como a forma mais adequada e com maior resolução para as situações de violência. Entretanto, levantamos também a necessidade de capacitação, principalmente com educação permanente, para as profissionais que lidam com essas situações de violência.

Estudos anteriores (SIGNORELLI; TAFT; PEREIRA, 2018; 2019) desenvolvidos por grupo de pesquisas colaborativo brasileiro-australiano no litoral do Paraná, demonstraram que a APS, por meio de suas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), podem ser peças-chave no apoio a pessoas vulnerabilizadas em situação de violência doméstica, particularmente mulheres e seus filhos. Esses resultados também são apoiados por estudos semelhantes realizados em outras regiões brasileiras que argumentam que Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiros de saúde da família e profissionais aliados da saúde da família (equipe interprofissional), juntamente com demais profissionais da rede intersetorial (segurança pública, assistência social, etc.) podem ajudar a identificar, encaminhar e cuidar de pessoas em situação vulnerável, evitando a escalada da violência, os traumas e ferimentos, prevenindo assim as mortes violentas (SCARANTO *et. al.*, 2007).

Portanto, o reconhecimento dos principais recursos, potencialidades e práticas no que tange à violência e a capacitação das equipes de saúde da APS, é condição indispensável no planejamento, formulação, implementação e avaliação de políticas públicas e de atenção à população em situação de violência.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar a capacitação de profissionais da atenção primária à saúde do município de Paranaguá – PR, no enfrentamento à violência doméstica, levantando suas demandas e agregando seus saberes com os de profissionais especializados da rede intersetorial, para subsidiar a elaboração de uma proposta de formação profissional para a APS.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Conhecer a atuação, formação prévia e desafios de profissionais da atenção primária à saúde acerca do atendimento de pessoas em situação de violência doméstica no município de Paranaguá - Paraná;
- b) Identificar as contribuições de profissionais especializados no atendimento à violência doméstica, para a formação de profissionais da APS com vistas à qualificação da abordagem na APS e fortalecimento da rede;
- c) Concatenar os saberes e conhecimentos dos profissionais da APS e da atenção especializada, estabelecendo diretrizes para um curso de capacitação profissional para abordagem da violência doméstica no âmbito da APS em consonância com o currículo da OMS, mas adaptado ao contexto e necessidades locais.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 CONCEITOS ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A problemática da violência é complexa de ser definida, pois envolve questões culturais, sociais, históricas, de gênero, entre outras. Neste estudo adotaremos o seguinte conceito de violência da OMS:

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 (KRUG *et. al.*, 2002, p.82).

Segundo Wanzinack (2018, p.23)

O tema violência é múltiplo e polissêmico, existe uma grande dificuldade de contabilizar em números reais a quantidade de vítimas de violência no Brasil. Muitos episódios de violência ocorrem inclusive no ambiente privado do lar, a denominada violência doméstica, que é de difícil dimensionamento. Existem vários motivos para que isso ocorra, entre eles, nem sempre a vítima está disposta a procurar ajuda, seja por medo do agressor ou sociedade, vergonha, fatores financeiros entre outros. Tem sido complexo avaliar a violência, pois ela nem sempre é informada, especialmente no que se refere a dor da perda humana.

A violência da família é também chamada de violência doméstica (VD) por acontecer geralmente nos domicílios, mas não se restringindo a esses (KRUG *et. al.*, 2002). O Atlas de Violência registra que entre 2009 e 2019, o assassinato de mulheres nas residências cresceu 10,6%, indicando o crescimento dessa violência (CERQUEIRA, 2021).

Considerando conceitos como o de desenvolvimento, colocado por Sen (2000), que requerem a remoção de fontes de privação de liberdade como a pobreza, a tirania, e a carência de oportunidades econômicas, a violência também pode entrar nesse contexto impeditivo do desenvolvimento de uma comunidade.

Outras classificações da violência incluem a questão da violência de gênero, que é um reflexo de uma cultura patriarcal que demarca os papéis e as relações de poder entre homens e mulheres, sendo construído não só nas relações de parentesco, mas também no mercado de trabalho, educação e sistema político. A OMS retrata as taxas mundiais de prevalência durante a vida de violência doméstica entre mulheres de 15 a 49 anos, e na América Latina essa taxa é de 25% (OMS, 2021).

As perspectivas de compreensão da violência e gênero adotados nesta pesquisa se darão à luz de Minayo e Scott. Minayo (2005) acredita que a violência não pode ser analisada

ou tratada fora da sociedade que a produz em sua especificidade e particularidade histórica. Assim, ela é um fenômeno eminentemente sócio-histórico.

Segundo Scott (1986), gênero é um elemento construído de relações sociais que se baseia nas diferenças percebidas entre os sexos, sendo uma primeira maneira de significar as relações de poder.

Em Cerqueira e Coelho (2014), encontram-se análises da interseção entre violência e gênero, propondo a reflexão de que ela é resultado do patriarcado, que é a cultura do machismo disseminada de uma maneira que coloca a mulher como objeto de desejo e de propriedade do homem, o que acaba legitimando e alimentando diversos tipos de violência, entre elas a violência sexual.

Essas reflexões estão em consonância com a pesquisa de Acosta *et. al.* (2015) na publicação do artigo “Violência contra a mulher por parceiros íntimos: (in) visibilidade”, que identifica que das formas de violência praticadas contra as mulheres, o principal perpetrador dos atos violentos é o próprio parceiro íntimo (marido ou companheiro). Ainda, em alguns casos, as mulheres sofrem caladas, vítimas de diversas formas de violência, e não denunciam seus parceiros íntimos por múltiplos motivos, sejam de ordem familiar, como a proteção dos filhos, a afetividade, a questão econômica, e até mesmo por temer novas violências, aliado à questão de segurança pessoal e risco social a que pode expor-se após denúncia. Ainda nesta pesquisa realizada por Acosta *et. al.* (2015), encontra-se o dado de que mais de 40% das violências resultam em lesões corporais, como socos, tapas, chutes, queimaduras e espancamentos.

Wanzinack *et. al.* (2020) levantaram dados de homicídios em mulheres e adolescentes no estado do Paraná entre os anos de 2014 e 2017 registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), concluíram que, em sua maioria, tais homicídios se caracterizaram por lesões decorrentes de disparo de arma de fogo (44%), seguido por lesões por objetos perfurantes ou cortantes (32%). Considerando que na região Sul há um predomínio de população branca, maior parte das vítimas foram mulheres brancas e jovens e 35% das mortes ocorreram em domicílios.

Hasse e Vieira (2014) trazem em sua pesquisa a importância de associar o tema da violência à saúde, já que é um aspecto que afeta pontos da vida como: qualidade de vida, condições de trabalho e relações interpessoais; bem como o alto poder de afetar profundamente a saúde das pessoas e ser um alto potencial de morte.

2.2 O SUS, A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: QUAL SUA RELAÇÃO?

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, instituído em 1988 pela Constituição Brasileira em seu artigo 196 e pela Lei 8.080, tem como princípios o acesso universal à saúde, a integralidade do cuidado e a equidade no atendimento da população. Através da APS, nasce uma atenção em saúde mais integrada e em conformidade com a lei do SUS, quebrando uma hegemonia médico-centrada, e estabelecendo a família como centro de atenção, priorizando ações de prevenção e promoção à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2019).

Pela APS, dá-se também a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, bem como seu acompanhamento, cuidado e ordenação de atendimento. A organização do cuidado em saúde dá-se pela divisão em setores da atenção: primária, secundária e terciária. Esses têm como objetivos primordiais: alcançar um ótimo nível de saúde distribuído de forma equitativa; garantir proteção adequada dos riscos aos indivíduos; e o acolhimento da população com efetividade e eficácia (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2019).

O setor de APS é responsável pelos equipamentos de entrada nos serviços de saúde em uma comunidade. Hoje, as unidades básicas de saúde (UBS) compõem esse nível de atenção e são o primeiro elo entre população e o sistema público de saúde. A maior parte das UBS do nosso país são compostas por ESF, um programa criado em 1994 e formado por uma equipe de médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podendo ser composta ainda por equipe de atendimento de odontologia (odontólogos e auxiliar de consultório dentário). Esse programa visa organizar o atendimento e os cuidados em saúde, em um determinado território, para um determinado número populacional e se constitui porta aberta (ou seja, serviço disponível para sua população adscrita sem intermediários) e qualificada para as demandas de saúde/doença (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2019).

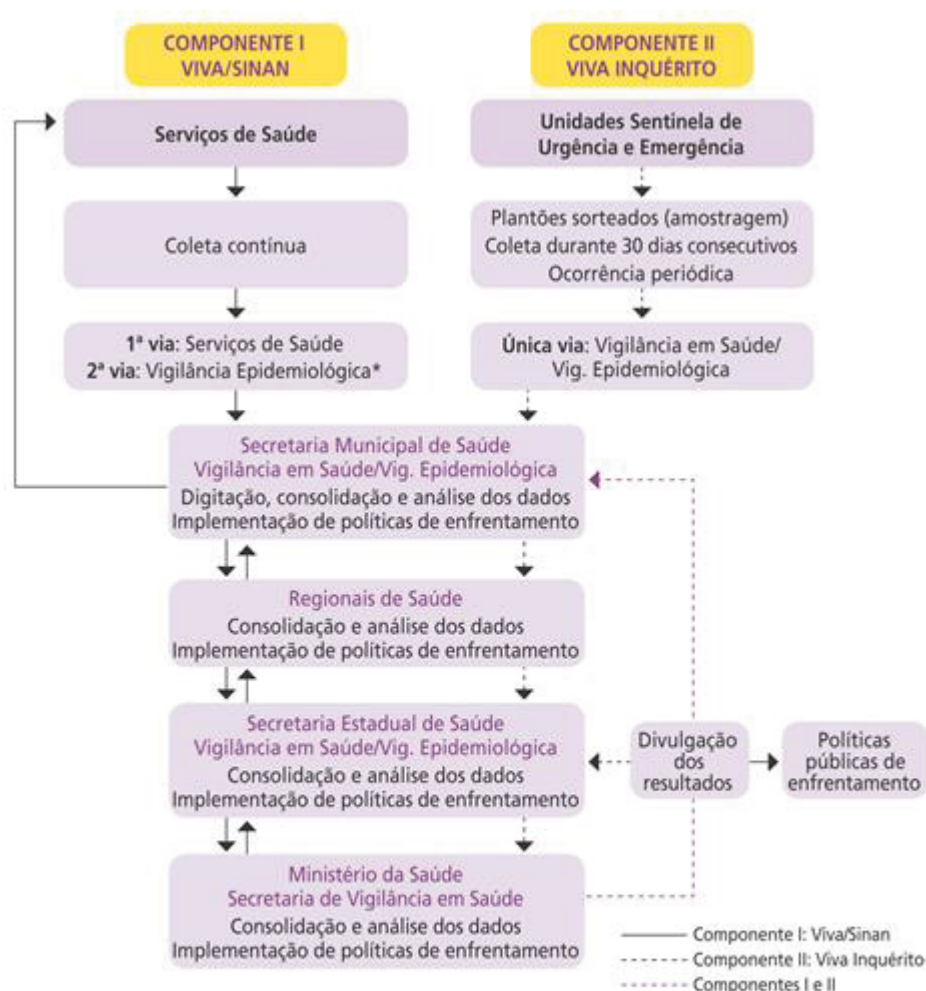
A ESF possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários (vínculo), independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde (longitudinalidade). O foco da atenção é a pessoa, e não a doença. As ações e serviços de saúde devem ser pautados pelo princípio da humanização. O acolhimento é uma das formas de concretizar esse princípio e se caracteriza como um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito (BVS-APS, 2015, p.1).

Na organização da ação, o território é enfatizado como favorável no cuidado e na manutenção da saúde, ou melhor, na prevenção e promoção de saúde. A partir da

territorialização, a ESF conhece e atua na sua área adscrita para promover saúde e proporcionar melhores condições de vida a sua população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Neste sentido, essa equipe geralmente é a primeira a ter contato com pessoas em situação de violência das diversas naturezas (física, sexual, psicológica), pois abarca as queixas associadas a esses casos. Sendo assim, precisa estar preparada para acolher e notificar casos suspeitos e/ou confirmados de violência na população atendida.

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), através da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, sendo composto por dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência (Viva Inquérito) (BRASIL, 2006). A figura 2 demonstra o fluxo de atendimento estabelecido pelo VIVA:

FIGURA 2 – FLUXO DE DADOS NOTIFICAÇÃO VIVA SINAN



Fonte: Viva Sinan/SVS/MS.

*Em caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar), de acordo com a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA). Tratando-se de casos de violência contra pessoas idosas, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso) ou para os órgãos de responsabilização (Delegacias Gerais ou Especializadas), em conformidade com as leis nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e nº 12.461/2011.

FONTE: Portal SINAN (2022).

A OMS aponta a alta prevalência de mulheres em todo mundo que sofre violência doméstica. Na região das Américas esse valor chega a 29,8% da população feminina. Existe ainda referência às consequências para a saúde dessas mulheres em situação de violência: duas vezes mais chances de ter depressão; duas vezes mais chance de desenvolver alcoolismo; 1,5 mais chance de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST) como doença relacionada ao HIV, sífilis e gonorreia; 42% de mulheres que sofreram VD tem fraturas/traumatismos; dos assassinatos mundiais de mulheres, 38% são cometidos por parceiros/companheiros (OPAS, 2020).

Peres *et. al.* (2014) retrataram em seu estudo um panorama das notificações de violência pelo SINAN no estado do Paraná (PR) entre os anos de 2010 e 2012. Das mais de 24 mil notificações registradas, 49,7% foram de situações contra crianças e adolescentes. Os autores destacam a importância da notificação para o trabalho intersetorial de investigação e prevenção desses casos.

O Painel de Violência contra Mulheres elaborado pelo Senado Federal constatou um número de 29.169 notificações de violência contra a mulher no ano de 2019 registradas no estado do Paraná por órgãos da saúde. Desse total, 43,72% foram registradas como ocorrência de violência física. Das mulheres vítimas, 69,7% eram brancas e 20,1% pardas. A maior parte dos casos ocorreu em residência (21.896) e o autor foi o cônjuge/companheiro (3.980). A tabela 2 retrata os dados acerca da repetição da violência.

TABELA 2 - REPETIÇÃO DA VIOLÊNCIA SEGUNDO NOTIFICAÇÕES DE SAÚDE NO PR 2019

A violência ocorreu outras vezes?	Notificações de saúde da mulher
Sim	46,86%
Não	42,02%
Ignorado	12,12%

FONTE: Os autores, adaptado do Observatório da Mulher contra a violência, DATASENADO (2022).

Em pesquisa com 551 ACS também do estado do Paraná, foi levantado o conhecimento desses atores acerca da violência intrafamiliar e, mais especificamente, contra crianças e adolescentes. Desses, 75% afirmaram não terem casos suspeitos ou confirmados de violência contra essa população. Entretanto, nos casos identificados, a ação para “proteger” a vítima se restringiu a manter o assunto restrito à equipe de saúde, sem menção à notificação compulsória. O que nos leva a refletir sobre a concepção das ações em rede, conduta essencial dentro das políticas públicas e item determinante para uma prática sustentável em saúde (GUIMARÃES *et. al.*, 2015).

Mendonça *et. al.* (2020), em pesquisa que analisou publicações científicas nacionais acerca da violência na APS, constata a relevância do tema no processo atual de saúde-doença e que, partindo desse enfoque, a atenção primária à saúde deve desempenhar papel fundamental

frente aos casos. As pesquisas nacionais destacam a atuação em rede como a forma mais adequada e com maior resolução para as situações de violência. Entretanto, destaca-se a necessidade de capacitação, principalmente com educação permanente para os profissionais que lidam com as situações de violência.

2.3 POLÍTICAS DE PROTEÇÃO CONTRA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

No Brasil, desde a década de 1980 houve a implantação de Delegacias de Defesa da Mulher (DDMs) que se “constituíram em importantes espaços de fortalecimento” das mulheres em situação de violência. Outra importante Política Pública nesse sentido foi a implantação da Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006, conhecida como “Lei Maria da Penha”, sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a qual define os tipos de violência doméstica contra a mulher, oferece penas mais duras aos agressores e cria mecanismos de maior proteção judicial e policial às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2006):

Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

Em 2011 foi instituída no país a Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres, através das Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e a Secretaria de Políticas para as Mulheres, e que teve como objetivo geral “enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno.” Tal política trouxe como prioridade ações voltadas a: ampliação e aperfeiçoamento da Rede de Prevenção e Atendimento as Mulheres em Situação de Violência; garantia da implementação da Lei Maria da Penha e outras leis nacionais e internacionais; promover ações de prevenção a todas as formas de violência nos espaços público e privados; promover atenção à saúde da mulher em situação de violência; produzir e sistematizar dados acerca da violência contra a mulher; promover direitos humanos às mulheres (BRASIL, 2011).

Em 2015, a Lei 13.104 de 09 de março, intitulada Lei de Feminicídio, instituiu o homicídio contra a mulher por razões da condição de sexo feminino, abrangendo a violência doméstica e familiar, bem como o menosprezo ou discriminação à condição de mulher. Tal

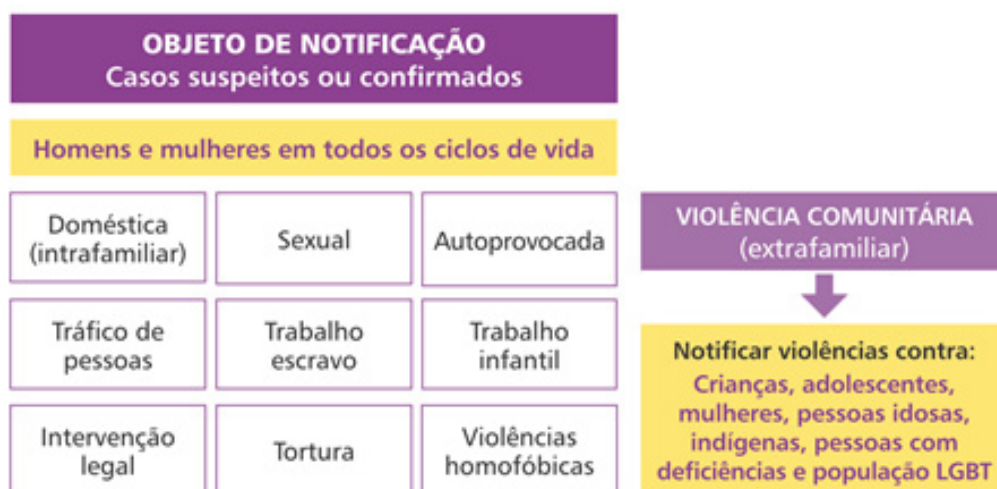
crime se tornou hediondo e com penas mais severas especialmente para casos em que a mulher esteja gestante ou nos três meses posteriores ao parto; em casos de menores de 14 anos e maiores de 60 anos de idade; e na presença de caso de violência anterior contra a vítima (BRASIL, 2015). Esse também foi um grande marco de proteção às mulheres brasileiras.

Em 20 de dezembro de 2021, através do decreto 10.906, o governo federal instituiu o Plano Nacional de Enfrentamento ao Feminicídio, tal plano almeja “enfrentar todas as formas de feminicídio por meio de ações governamentais integradas e intersetoriais”. A partir de cinco eixos estruturantes, o plano que vigora até dezembro de 2023, organiza as ações governamentais envolvendo os órgãos da Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Secretaria Nacional de Assistência Social; Ministério da Saúde e Secretaria de Educação Básica (BRASIL, 2021).

No SUS, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983, foi precursor no que tange às proteções de direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres. O programa levou em conta ainda o tema da violência e oficializa um olhar específico para este em todo o serviço público de saúde. Em 2004 foi lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos pelo Ministério da Saúde, enfocando o aumento do número de serviços de atenção as mulheres e adolescentes em situação de violência nos municípios polos de microrregiões do país (MINAYO, 2006).

As notificações de situações e agravos de saúde existem para se conhecer e trabalhar determinados casos, a fim de criar estratégias de atuação. Os casos de violência interpessoal e autoprovocada atualmente devem ser compulsoriamente notificados através da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada em todos os locais de atendimento à saúde. A notificação das violências é contemplada na Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011 e foi atualizada pela Portaria 1.271 de 06 de junho de 2014 atribuindo caráter de notificação imediata em casos de violência sexual e tentativa de suicídio pelas secretarias municipais de saúde (BRASIL, 2014). Na figura 3 encontram-se os objetos de notificação do VIVA/SINAN:

FIGURA 3 - OBJETO DE NOTIFICAÇÃO VIVA/SINAN



FONTE: Portal SINAN (2022)

A rede intersetorial atuante na defesa das mulheres contra a VD conta com equipamentos como a Casa da Mulher Brasileira (CMB) que integra no mesmo espaço serviços especializados para esse atendimento. A Casa faz parte do “Programa Mulher Vivendo sem Violência”, sendo uma das estratégias de enfrentamento à violência de gênero, de acordo com o disposto na Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). O local conta com atendimento para acolhimento, apoio psicossocial, delegacia, defensoria pública, Juizado de Violência Doméstica e Familiar, promoção da autonomia econômica, central de transportes, espaço de jogos, alojamento de trânsito, serviço de saúde e Ronda Maria da Penha (LEAP, 2021).

No Brasil, a CMB está instalada em sete municípios, incluindo a cidade de Curitiba. Nesse município, ampara as mulheres desde junho de 2016, através da sua implantação pelo Decreto 243. Além dos atendimentos, a CMB desenvolve várias ações no enfrentamento a todas as formas de violência contra as mulheres, com palestras, campanhas de divulgação dos canais de denúncia e trocas constantes com a sociedade, promovendo a conscientização da população. Além disso, serviços diferenciados como implantação e custeio do dispositivo de segurança preventiva (Botão do pânico) e a criação de espaço para abrigar os pets de mulheres atendidas e alojadas são oferecidos nesse espaço (CURITIBA, 2016).

2.4 CAPACITAÇÃO EM SAÚDE E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A educação permanente é uma forma de atender demandas e capacitar profissionais. Nesse sentido, estudo realizado com ACS em 2016 no município de Paranaguá, visando

esclarecer a atuação da equipe de apoio na estratégia de saúde da família, favoreceu o intercâmbio de saberes relacionados à estrutura e funcionamento da Atenção Primária à Saúde. Vários temas considerados tabus, assim como outras dúvidas de caráter mais cotidiano, foram trabalhados com ACS a partir de suas demandas e para a qual os especialistas também precisaram se qualificar, estimulando a educação permanente de ambos (LUCCHESI *et al.*, 2019).

Pesquisa realizada em Timor-Leste com enfermeiras obstetras e líderes comunitários demonstrou a importância da atuação desses profissionais às mulheres em situação de violência doméstica. Ações como de aconselhamento e denúncia foram relatadas por esses profissionais como aportes às mulheres e aos casais. As enfermeiras obstetras ainda relataram como principais dificuldades barreiras do sistema de saúde, como falta de tempo, privacidade e um ambiente de apoio. Os principais facilitadores eram apoio de colegas e gestores de centros de saúde (WILD *et al.*, 2020).

Também em Timor Leste, um estudo com profissionais da Atenção Primária à Saúde buscou entender como o sistema de saúde local pode ser fortalecido para responder aos casos de violência doméstica e sexual através de um programa de treinamento. A pesquisa recomenda que, para as profissionais, o treinamento para lidar com a violência contra as mulheres é importante, mas tende a se concentrar no conhecimento e nas habilidades individuais. Há uma necessidade de mudar para abordagens baseadas em sistemas que envolvam todos os funcionários e gerentes de uma instalação de saúde, de forma que trabalhem criativamente para superar as barreiras à implementação e vinculá-los a recursos comunitários mais amplos (WILD *et al.*, 2019).

No Brasil, constata-se potencial de profissionais da rede intersetorial de promover mudanças na comunidade (no quesito prevenção à violência), particularmente em pequenas cidades e áreas rurais (ARBOIT *et al.*, 2018), entretanto, revelou-se que esses trabalhadores não são suficientemente treinados para lidar com situações tão complexas (SIGNORELLI; TAFT; PEREIRA, 2018; GARBIN *et al.*, 2014; MENDONÇA *et al.*, 2020).

Em entrevistas com 221 profissionais médicos e enfermeiros, Hasse e Vieira (2014) apontam que 52,7% receberam conteúdo referente ao assunto, especialmente nos seus cursos curriculares. Apenas 27% tiveram formação em serviço para atendimento de casos de violência. O provimento de treinamento adequado poderia apoiar a identificação, acolhimento, prevenção e atendimento adequado, melhorando os indicadores regionais.

Em 2019, a OMS lançou um documento a nível internacional voltado à capacitação em saúde, para que profissionais da saúde possam se qualificar para atender casos de violência contra a mulher. Esse documento foi criado em parceria com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) em formato de um currículo, e tem como diretriz fornecer aos profissionais de saúde o conhecimento e habilidades básicas para implementar as recomendações da OMS para o cuidado de mulheres em situação de violência nas suas práticas clínicas (WHO, 2019). Assim:

Este programa de treinamento para profissionais visa fornecer aos prestadores de serviços de saúde o conhecimento e as habilidades básicas para aplicar as recomendações da OMS/OPAS em sua prática clínica. Os participantes aprenderão como fornecer atendimento clínico centrado na mulher, incluindo triagem para mulheres que sofrem violência, fornecendo apoio de linha de frente por meio da estratégia ANIMA (Escuta Atenta, Não Julgamento e Validação, Informação sobre necessidades e preocupações, Melhorar a segurança e Apoiar), forneça cuidados clínicos básicos aos sobreviventes e encontre recursos locais para apoio. Eles também aprenderão a refletir sobre suas próprias atitudes e compreender a experiência das sobreviventes (OPAS, 2020. p.2).

2.5 CURRÍCULO DA OMS PARA VD

Esta seção traz um resumo das principais partes do documento elaborado pela OMS em 2019 para capacitar profissionais de saúde acerca do atendimento da violência contra a mulher. O “*Caring for women subjected to violence: A WHO curriculum for training health-care providers*”, foi traduzido para a língua espanhola em 2020 pela OPAS como “*Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud*”. Especialmente voltado para países em desenvolvimento, como o Brasil, e baseado em documentos já pré-existentes elaborados também pela OMS para orientar o atendimento em saúde da VD e da violência sexual, o currículo tem a finalidade de proporcionar aos trabalhadores de saúde o conhecimento e as competências básicas para melhorar a respostas do sistema de saúde acerca da violência contra as mulheres.

Os objetivos principais desse programa de capacitação são:

- Proporcionar aos profissionais de saúde bases para o atendimento em VD e violência sexual contra as mulheres.
- Desenvolver e examinar as atitudes dos profissionais de saúde diante das mulheres em situação de violência (ou sobreviventes, termo usado no documento original)

- Capacitar para que os profissionais de saúde prestem atendimento às mulheres em situação de violência mediante a estratégia ANIMA (Escuta Atenta, Não Julgamento e Validação, Informação sobre necessidades e preocupações, Melhorar a segurança e Apoiar)

- Prestar atenção básica e encontrar recursos locais para apoio às mulheres.

O público-alvo desse programa inclui principalmente profissionais de saúde atuantes nas redes públicas e privadas de saúde, como médicos (as), obstetras e enfermeiras. Mas também pode ser ampliado à psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, ACS e/ou outros.

A realização do programa de capacitação deve ser feita para grupos de profissionais de saúde, favorecendo assim as experiências e reflexões críticas, sempre com adaptações para o contexto local e a estrutura de trabalho de cada profissional. Sugere-se que os grupos sejam compostos por diferentes categorias de profissionais que trabalhem em um mesmo estabelecimento de saúde.

Para cada grupo de trabalho é designado um facilitador para nortear as atividades da capacitação, potencializando ao máximo a aprendizagem. Espera-se que esse facilitador possua um conhecimento prévio acerca da violência contra as mulheres e de como guiar uma capacitação. As atividades são divididas em sessões com temas específicos e um guia foi elaborado para ser utilizado pelo facilitador. Tais sessões estão estruturadas com:

1. Apresentação do conteúdo e informações fundamentais de forma clara e concisa.
2. Sugestão de métodos interativos para promover a aprendizagem participativa
3. Orientação para facilitar as reflexões críticas dos participantes sobre os conhecimentos fundamentais mediante debates guiados.
4. Resumo das mensagens principais de cada sessão.

Ao final da capacitação almeja-se que os participantes possam:

- ✓ Demonstrar conhecimento geral sobre violência contra mulher como um problema de saúde pública.
- ✓ Demonstrar comportamentos que contribuam para prestar atendimentos seguros para apoiar pessoas em situação de violência
- ✓ Apresentar atitudes especializadas dentro da sua atuação profissional para responder a violência contra a mulher.
- ✓ Revelar conhecimento acerca da rede de apoio e recursos para os pacientes.

A tabela 3 traz a lista das sessões apresentadas no programa de capacitação e os temas relacionados a cada uma

TABELA 3- SESSÕES E TEMAS DA CAPACITAÇÃO DO CURRÍCULO WHO

Sessão	Tema
1	Compreender a violência contra as mulheres como um problema de saúde pública
2	Compreender a experiência das sobreviventes e como os valores e crenças dos profissionais de saúde influenciam na atenção que proporcionam.
3	Princípios orientadores e panorama de resposta da saúde à violência contra as mulheres.
4	Atitudes de comunicação com as sobreviventes.
5	Quando e como detectar a violência doméstica.
6	O apoio de primeira linha ANIMA, primeira parte: Atenção à escuta, Não julgar e validar, Informação sobre necessidades e preocupações.
7	Conhecer o entorno: localizar a rede de apoio/referência e entender o contexto jurídico e as leis para os trabalhadores de saúde
8	O apoio de primeira linha ANIMA, segunda parte: Melhorar a segurança e Apoiar.
9	Atendimento clínico às sobreviventes de agressão sexual, primeira parte: anamnese e exame físico.
9 ^a	Exame forense (Exame de corpo delito)
10	Atendimento clínico às sobreviventes de agressão sexual, segunda parte: o tratamento e a atenção.
11	Documentação/Registro da VD e da violência sexual
12	Atenção à saúde mental e autocuidado pelos profissionais de saúde
13	Atenção as necessidades de planejamento familiar e revelação de estado sorológico com respeito ao HIV de mulheres em situação de violência.

FONTE: Os autores, adaptado de Currículo WHO (2022).

A figura abaixo (4) traz um resumo das sessões e o tempo médio de cada uma, bem como a inserção opcional de questionário de conhecimento prévio e de evolução pós capacitação para os profissionais de saúde:

FIGURA 4 - TEMPO E EXEMPLOS DE ATIVIDADE PARA AS SESSÕES DE CAPACITAÇÃO DO CURRÍCULO WHO

Anexo 1. Planificación del tiempo y ejemplos de programas de capacitación

Programa de la capacitación	Duración	
	Solo contenido básico	Contenido optativo
Optativo: Introducción del ministerio	—	20 a 30 minutos
Orientación y presentaciones. Optativo: cuestionario de conocimientos previos	60 minutos	20 minutos
Sesión 1: Comprender la violencia contra las mujeres como problema de salud pública Optativo: Presentaciones de los países	40 minutos	15 minutos
Sesión 2: Comprender la experiencia de las sobrevivientes y cómo los valores y las creencias de los prestadores de servicios de salud influyen en la atención que proporcionan. Optativo: Actividad complementaria	80 minutos	40 a 60 minutos
Sesión 3: Principios orientadores y panorama de la respuesta de salud a la violencia contra las mujeres	30 minutos	—
Sesión 4: Aptitudes de comunicación con las sobrevivientes	45 minutos	—
Sesión 5: Cuándo y cómo detectar la violencia de pareja. Optativo: ejercicio más corto o más largo	40 minutos	30 minutos
Sesión 6: El apoyo de primera línea (ANQMA), primera parte: Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las preocupaciones y necesidades	105 minutos	—
Sesión 7: Conocer el entorno: localizar las redes de referencia y entender el contexto jurídico y normativo Optativo: Actividad complementaria y ponente invitado	70 minutos	30 a 60 minutos
Sesión 8: El apoyo de primera línea (ANQMA, segunda parte: Mejorar la seguridad y Apoyar	95 minutos	—
Sesión 9: Atención clínica de las sobrevivientes de agresión sexual o violación, primera parte: la anamnesis y el examen físico	75 minutos	—
Sesión 9a (suplementaria): Examen forense	—	60 minutos
Sesión 10: Atención clínica de las sobrevivientes de agresión sexual o violación, segunda parte: el tratamiento y la atención Optativo: Actividad complementaria	30 minutos	30 minutos
Sesión 11: Documentación de la violencia de pareja y la violencia sexual	30 minutos	—
Sesión 12: Atención de salud mental y autocuidado para los prestadores de servicios de salud	55 minutos	—
Sesión 13 (suplementaria): Atención de las necesidades de planificación familiar y revelación del estado serológico con respecto al VIH de las mujeres que sufren violencia	—	40 minutos
Conclusiones Optativo: Evaluación posterior a la capacitación	20 minutos	20 minutos
Cierre y ceremonia de entrega de certificados (optativa)	—	20 a 30 minutos
Tiempo total	~13 horas	~ 5,5 a 7,5 horas

¶ Para estas sesiones conviene contar con la participación de otros sectores (por ejemplo, policía, servicios judiciales y sociales, servicios de protección y DNG).

FONTE: Currículo WHO – tradução OPAS (2020).

A partir desse modelo proposto pela OMS, mas que ainda não foi implementado em muitos locais, buscou-se investigar se as demandas da APS brasileira vão ao encontro dos temas/sessões propostas no currículo, visando uma possível adaptação dos seus conteúdos à realidade brasileira.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 METODOLOGIA QUALITATIVA

Essa pesquisa utilizou a metodologia da pesquisa qualitativa exploratória, considerando que nesta realiza-se uma identificação da situação, com uma relação dinâmica entre os pesquisadores/as e o mundo objetivo, levando em consideração a subjetividade do sujeito para planejamento das ações em consonância com a realidade (PRODANOV; FREITAS, 2013). Utilizando o reconhecimento situacional, a pesquisa qualitativa busca ampla visão para modificar e melhorar a prática, interpretando e avaliando resultados, buscando uma mudança adequada a essa prática (TRIPP, 2005).

Na pesquisa qualitativa há um plano de trabalho a ser executado em função do que se pretende produzir, que é destacado por Canzonieri (2010) a partir das fases do planejamento da pesquisa científica, a saber: definição (delimitação do problema, escolha do tema); escolha (tomada de decisão quanto ao uso da metodologia e do método adequado para a execução da pesquisa, elaboração de um plano de trabalho); e desenvolvimento (organização e escrita das ideias de forma sistematizada visando à solução do problema). Minayo (2004) traz como matriz fundante da pesquisa qualitativa, aquela que visa compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, trabalhando a vivência, a experiência e a compreensão das estruturas e instituições resultantes da ação humana. Considera também que a pesquisa qualitativa é social, e, portanto, precisa ser entendida nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos.

3.2 LOCAL DE PESQUISA

O município de Paranaguá está localizado no litoral do Paraná, a cerca de 80km da capital Curitiba, e constitui um dos sete municípios do litoral paranaense. Possui cerca de 157.378 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,75, se enquadrando na faixa “alto”. Segundo o Índice de Desempenho Municipal do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), quanto a Renda e Emprego, Educação e Saúde, o município está no grupo de médio desempenho, com índices de 0,6088; 0,6742 e 0,7218 respectivamente (IPARDES, 2021).

A rede de saúde conta com 15 UBS (incluindo as da região da Ilha do Mel, ponto turístico do Paraná pertencente ao município de Paranaguá) e 36 equipes de ESF. No ano de

2022 nem todas as equipes de ESF estavam completas devido a processos de contratação temporária e alta rotatividade de profissionais.

Elencou-se no município duas UBS que contemplavam a ESF para realização da pesquisa, uma no bairro da Vila Garcia, região sul da cidade e mais periférica, e uma no bairro da Serraria do Rocha, região mais central da cidade. As duas UBS atendem 3 equipes de ESF, cada, com cerca de 4.500 pessoas cadastradas em cada equipe. Uma das pesquisadoras já atuou nas duas unidades como integrante da equipe NASF entre 2015 e 2019.

As entrevistas com a equipe especializada foram realizadas na Casa da Mulher Brasileira de Curitiba, que foi inaugurada em junho de 2016 e conta com serviço intersetorial especializado num mesmo espaço, para atender mulheres em situação de violência residentes no município de Curitiba.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) sob número do Parecer: 4.433.836. O Termo de Aprovação encontra-se no Anexo 1.

3.4 ETAPAS DA COLETA DE DADOS

3.4.1 ENTREVISTAS INDIVIDUAIS SEMIESTRUTURADAS

Com aproximação da realidade nos setores da atenção primária à saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, e com o intuito de conhecer a prática dos profissionais que ali atuavam e a necessidade de capacitação para atendimento de pessoas em situação de violência, utilizou-se a técnica de entrevista individual semiestruturada na APS no mês de novembro de 2020. A entrevista é uma técnica que permite que o pesquisador esteja próximo ao problema investigado, propiciando maior conhecimento acerca do objeto de pesquisa, suas características buscam a precisão dos dados, foco, fidedignidade da fala e a validação das informações (MAGALHÃES JÚNIOR; BATISTA, 2021).

Foram realizadas um total de 15 entrevistas que duraram cerca de 20 minutos cada, e buscaram investigar conhecimentos, práticas e recursos acerca da violência doméstica inicialmente com trabalhadores da UBS da Vila Garcia em Paranaguá.

Foram realizadas também seis entrevistas individuais semiestruturadas na Casa da Mulher Brasileira de Curitiba (CMB) com profissionais especializadas no trabalho com violência doméstica abordando os mesmos temas.

Os dados foram coletados de modo anônimo (de-identificados) visando garantir o sigilo das informações, constando apenas informações de relevância para atender os objetivos do estudo, como faixa etária, perfil de formação profissional e percepções dos profissionais da rede intersetorial sobre informações relativas à conhecimento, práticas e recursos para formação de atendimento a pessoas em situação de violência, seus desafios e possibilidades de melhoria no município de Paranaguá.

Na APS, foram entrevistadas individualmente as trabalhadoras de uma unidade de saúde (médica, enfermeiro/enfermeira, agentes comunitários de saúde e profissionais do NASF) localizada no bairro Vila Garcia, região sul do município de Paranaguá. O instrumento para o roteiro da entrevista semiestruturada foi elaborado baseado na pesquisa de Wild *et. al.* (2020) realizado em Timor-Leste, em parceria com a Universidade La Trobe na Austrália com trabalhadoras do sistema de saúde local e líderes comunitárias. Tal instrumento se divide em três categorias de perguntas temáticas sobre: conhecimentos (7 questões); práticas (5 questões) e recursos (10 questões) e encontra-se no Apêndice A. Antes da aplicação das entrevistas, o roteiro foi pré-testado com 3 profissionais com atuação na APS, que sugeriram apenas pequenos ajustes nas perguntas. A população foi composta de pessoas acima de 18 anos e que assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE,) Apêndice D.

Na CMB em Curitiba, realizou-se as entrevistas com trabalhadoras (coordenadora, psicólogas, assistentes sociais, residentes), utilizando o mesmo instrumento de entrevista semiestruturado da APS, somente com ajustes textuais, demonstrado no Apêndice B. A população foi composta de pessoas acima de 18 anos e que assinaram os TCLE, que se encontram nos apêndices D, E e F. Todas as entrevistas foram gravadas em aplicativos de gravador de voz de aparelhos celulares smartphones e realizadas de forma individual em local reservado nas unidades de saúde e na Casa da Mulher Brasileira.

Os entrevistados foram identificados através de nomes, números e siglas para diferenciar suas profissões e participação individual ou no grupo focal. Para os trabalhadores da APS entrevistados individualmente, identificou-se com sigla ou nome da profissão e um número que corresponde a sua ordem nas entrevistas. Para os profissionais especializados da CMB, utilizou-se a nomenclatura “especializada” no final das falas.

3.4.2 GRUPOS FOCAIS

A metodologia de grupo focal é uma técnica que visa oportunizar a realização de uma avaliação qualitativa edificando informações e dados utilizando-se de intercâmbios grupais em meio ao debate e/ou à discussão de um tema, assunto ou tópico indicado/interposto pelo pesquisador. Através dela pode-se ainda analisar aspectos inerentes ao comportamento dos indivíduos em grupo diante de questões instigadoras e conflitos cognitivos, resultado da diversidade de opiniões que divergem e emergem em grupo (MAGALHÃES JÚNIOR; BATISTA, 2021).

A análise dos dados/informações originários de grupos focais requerer a elaboração de um plano descritivo das falas dos agentes pesquisados; este instrumento deve ter a capacidade de sintetizar as ideias ali veiculadas que, muitas vezes, se forjam/mostram conflituosas, contraditórias, dissociadas, discordantes ou controversas (MAGALHÃES JÚNIOR; BATISTA, 2021, p.248).

A partir da análise sistemática e cuidadosa das opiniões nessa metodologia, extraiu-se pistas sobre a forma como é entendido, percebido e lidado a formação, em especial para o atendimento de pessoas em situação de violência.

Os dois grupos focais foram realizados nas UBS Serraria do Rocha e UBS Vila Garcia somente com **15** e **8** agentes comunitárias de saúde respectivamente. O roteiro utilizado foi baseado no roteiro das entrevistas individuais, porém contendo 15 questões divididas também nas categorias de: conhecimentos (5 questões); práticas (4 questões); recursos (6 questões) e encontra-se no Apêndice C.

Os grupos focais foram realizados em local reservado nas unidades de saúde, respeitando o distanciamento social e o uso de máscara, após assinatura de TCLE, duraram cerca de 1 hora e 30 minutos, e foram gravados com aplicativo de gravação de voz em celular.

No presente texto, as ACS que participaram do grupo focal tiveram suas falas identificadas nos trechos destacados.

3.5 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento dado ao material coletado através das entrevistas individuais e grupo focal foi baseado na análise de triangulação de métodos: ordenação, classificação e análise propriamente dita (MINAYO, 2004).

Utilizamos uma abordagem de triangulação para compreender a complexidade da VD no município, como a APS poderia intervir nesse contexto de acordo com suas percepções e necessidades, e como idealmente deveria haver um curso para qualificar a equipe da APS para cuidar das vítimas de VD. Seguindo os princípios da triangulação propostos por Santos *et. al.* (2020), este estudo incluiu: a) triangulação de dados, incluindo entrevistas em profundidade semiestruturadas, discussões em grupos focais e notas de campo; b) triangulação múltipla de locais de estudo, incluindo configurações de APS e serviços especializados para pessoas em situação de VD; c) triangulação dos grupos participantes, nomeadamente profissionais da APS, agentes comunitários de saúde que atuam diretamente com as famílias e profissionais especializados que atuam diretamente com sobreviventes de VD; e d) triangulação da análise com triangulação multidisciplinar de pesquisadores, incluindo pesquisadores brasileiros e australianos, de diversas formações interdisciplinares (especialistas em VD de saúde pública, enfermagem, direitos humanos e ciências sociais).

As entrevistas obtidas em campo foram transcritas com auxílio de aplicativo plug-in do *Google Chrome*, *Voice Note II* ou *NVivo*®, salvas em documentos do Word, ajustadas e organizadas baseado no número de questões do roteiro de entrevista e em seguida analisadas também através do software para análise de narrativas *NVivo*¹, versão *release* 1.4(4), que realiza quantificação da frequência e correlação de palavras para colaborar na geração de categorias de análise para discussão. Foi necessário realizar ajustes textuais com exclusão de termos.

Exclui-se da análise no *Nvivo* expressões de até 2 letras ou outras que não eram relevantes para a análise, tendo como alguns exemplos: “já, né, que, a, o, e, daí, isso, como”. A partir da análise, geraram-se nuvens de palavras para cada questão apresentada com as palavras que aparecem com mais frequência no centro da nuvem em destaque, e ao redor de acordo com o tamanho as menos frequentes. Destaca-se que uma análise global das narrativas também foi realizada pelos autores.

Segundo Silva e Silva (2019), a associação criativa das técnicas de análise de frequência e análise de redes e procedimentos de categorização permite explorar os vários significados produzidos nesses discursos, e ao mesmo tempo verificar a coerência entre as representações resultantes dos procedimentos e as falas dos entrevistados.

Abaixo segue diagrama com resumo da metodologia dessa pesquisa (Figura 5).

¹ Licença permanente de *Software* adquirido com recursos da parceria com a professora Leesa Hooker da La Trobe University, Austrália.

FIGURA 5 - DIAGRAMA METODOLOGIA



FONTE: Os autores (2021).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nossa análise por triangulação, baseada em dois contextos distintos (APS e atenção especializada); com várias partes interessadas; de diversas origens profissionais; por meio de uma combinação de métodos (entrevistas, grupos focais e notas de campo); e apoiado pela equipe de pesquisa interdisciplinar, revelou três categorias organizadas, sendo elas: Conhecimento de profissionais de saúde diante da violência doméstica; Práticas dos profissionais de saúde frente a VD; Recursos e proposta de capacitação. Os resultados das entrevistas foram analisados com apoio do software Nvivo e estão categorizados de acordo com categorias emergentes, destacando frases emblemáticas que darão subsídio sendo cotejados neste trabalho. As nuvens de palavras geradas em cada questão foram utilizadas e as palavras principais destacadas em negrito dentro do corpo da transcrição.

Para melhor conhecer os profissionais atuantes da APS de Paranaguá, traçou-se um perfil dos participantes das entrevistas. Foram entrevistados individualmente 15 profissionais atuantes da ESF na UBS da Vila Garcia em Paranaguá. Observou-se que a maioria são adultas jovens com tempo de experiência na APS médio de cinco anos. A formação em sua maioria contempla ensino médio. Quatro profissionais possuem pós-graduação.

Os grupos focais foram realizados em dois momentos, em duas unidades de saúde do município de Paranaguá, exclusivamente com ACS. O primeiro, na UBS Serraria do Rocha, contou com a participação de 15 ACS. O segundo, no mesmo dia no período da tarde, na UBS Vila Garcia, contou com 8 ACS. Nas entrevistas na CMB em Curitiba, participaram seis profissionais especializadas no atendimento em VD: 1 coordenadora do equipamento, 1 psicóloga, 1 assistente social, 2 residentes e 1 estagiária. Abaixo apresenta-se a tabela 4 com o resumo dos perfis dos participantes entrevistados:

TABELA 4 – RESUMO DOS PERFIS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Profissional APS	Sexo	Idade	Função	Formação	Tempo de atuação na APS
1	Masculino	41	ACS	Ensino médio	2 anos
2	Feminino	NI	Terapeuta Ocupacional	Pós- graduação	6 anos
3	Feminino	39	Fisioterapeuta	Pós- graduação	6 anos
4	Feminino	38	Nutricionista	Pós- graduação	6 anos
5	Feminino	43	ACS	Ensino médio	11 anos
6	Feminino	43	ACS	Ensino médio	11 anos
7	Feminino	29	ACS	Ensino médio	3 anos
8	Feminino	49	Psicóloga	Pós- graduação	6 anos
9	Feminino	NI	Médica	Graduada	2 anos
10	Feminino	57	Enfermeira	Graduada	1 anos
11	Feminino	56	ACS	Médio completo	11 anos
12	Feminino	34	ACS	Médio completo	2 anos
13	Feminino	29	ACS	Superior em andamento	3 anos
14	Feminino	36	ACS	Médio Completo	5 anos
15	Masculino	NI	Enfermeiro	Graduação	NI
Profissional CMB	Sexo	Idade	Função	Formação	Tempo de atuação na CMB
1	Feminino	55	Psicóloga	Pós- graduação	7 anos
2	Feminino	21	Psicóloga	Graduação	<1 anos
3	Feminino	26	Psicóloga	Pós- graduação em curso	< 1 anos
4	Feminino	43	Assistente Social	Graduação	5 anos

5	Feminino	39	Psicóloga	Pós- graduação	5 anos
6	Feminino	60	Coordenadora	Pós- graduação	6 anos

FONTE: Os autores (2021)

A fim de concatenar as falas dessas profissionais especialistas com as falas das profissionais da APS, destacou-se os trechos e nuvens de palavras acerca dos **conhecimentos, práticas** acerca da VD e, especialmente dos **recursos** para uma capacitação ideal aos profissionais da APS.

4.1 CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DA VD

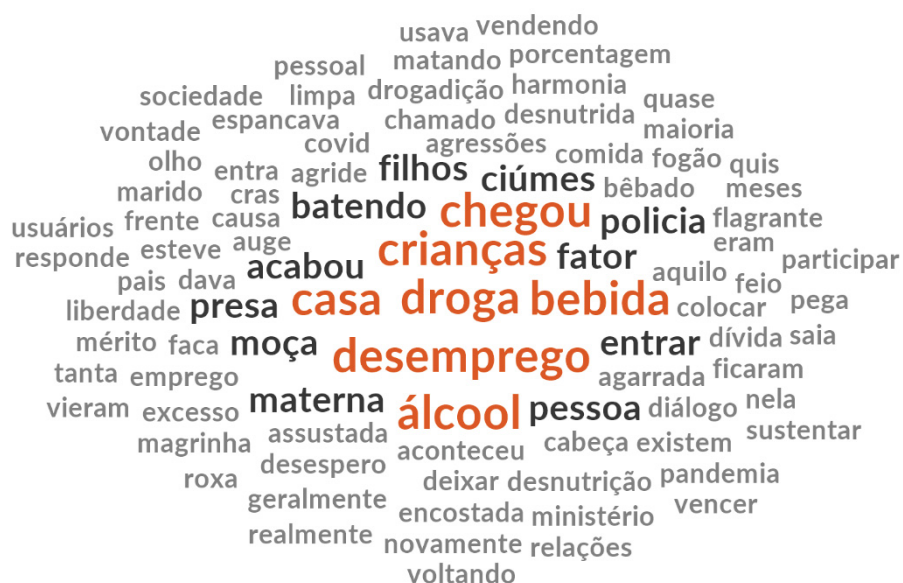
A primeira categoria de perguntas do roteiro de entrevistas trouxe questões abordando o **conhecimento** dos profissionais da APS acerca da violência doméstica (VD) que segundo Fusquine, Souza e Chagas (2021), no âmbito de conhecimento profissional ante as condutas ideais e recomendadas pelos órgãos de referência, uma parcela dos profissionais de saúde acreditam que a combinação de manejo clínico e o encaminhamento a outros profissionais são os procedimentos que devem ser tomados.

Nesta pesquisa dentre as respostas para as questões abordadas, traremos aqui os tópicos mais relevantes extraídos delas. Por unanimidade, a VD foi considerada uma questão de saúde pública, sendo relacionada principalmente à saúde mental, assim como a UBS foi citada como local de acolhimento para as pessoas em situação de violência, especialmente as mulheres: como relata a entrevistada: *“Pode ser na questão de saúde também e por falta de conhecimento né, às vezes. Talvez a pessoa tenha um acompanhamento ali na unidade de saúde mesmo, as vezes a pessoa nem reconhece que é uma violência doméstica mesmo, se ela tiver um acompanhamento no posto de saúde mesmo na unidade que receba e acolha as famílias eu acho mais fácil da pessoa identificar e receber ajuda, porque mexe muito com o psicológico também né”* (ACS 7). E ainda: *“Eu tive na minha área assim com uma mulher, mas a mulher ela não falava, eu ia saber sempre pela boca dos vizinhos que falavam quando ela apanhava, acontecia isso e tudo mais. Ela mesma, por medo do marido, da consequência que podia acontecer, ela não relatava. Mas eu sempre perguntava: e isso aqui? Os vizinhos comentavam que depois disso ela teve um AVC, porque ela se incomodava bastante e acabou falecendo, porque ela sofria bastante”* (ACS grupo focal).

Campos *et. al.* (2021) realizaram a análise de diversos artigos pontuando questões de gênero e violência destacando-se as relações entre a violência de gênero contra a mulher e consequências diretas sobre a sua saúde mental, outra parcela aborda a questão das referências técnicas para o trabalho de psicólogos no campo da violência de gênero contra a mulher, e outros caracteriza-se a violência contra a mulher por meio de estudo de representações sociais, levando em consideração a percepção de diversos segmentos da população alvo e pelos profissionais atuais e futuros.

Ainda nessa categoria, aborda-se o que mais desencadeia a violência na opinião do grupo: **álcool, drogas, desemprego** e excesso de **ciúmes** foram citados pelas participantes dos grupos focais como causas principais. A nuvem de palavras representada na figura 6 traz a análise das falas pelo NVivo:

FIGURA 6- NUVEM DE PALAVRAS SOBRE A MOTIVAÇÃO DOS CASOS DE VD SEGUNDO PROFISSIONAIS DA APS – QUESTÃO 5



FONTE: Os autores (2021).

Galvão *et. al.* (2021) realizaram estudo bibliográfico da atuação profissional de saúde frente a violência doméstica, o qual indicou entre os fatores associados à violência doméstica, um número significativo de estudos que apontam a relação do álcool, drogas, desemprego e escolaridade influenciam de forma notável que a violência doméstica ocorra de diferentes formas, como física, verbal, moral e psicológica.

CHAGAS, 2021; WANZINACK, 2021). Acosta *et. al.* (2015) na publicação do artigo “Violência contra a mulher por parceiros íntimos: (in) visibilidade”, identificou que, das formas de violência praticadas contra as mulheres, o principal perpetuador dos atos violentos é o próprio parceiro íntimo (marido ou companheiro).

Outro item de destaque é a questão do vínculo dos profissionais com as famílias e comunidade, considerando a experiência dos profissionais com relatos de violência trazidos pelas suas usuárias ou cadastradas. Muitas revelam que as mulheres geralmente não relatam viver a situação de violência e que isso acaba chegando só seu conhecimento através de vizinhos por exemplo ou redes sociais. Segue a resposta coletada na pesquisa: *“Quando a gente sabe ou é pelos vizinhos, que escuta gritos e tal, mas assim falar abertamente, geralmente até com o médico ela tenha vergonha de falar. Eu acho que a mulher ela é mais fechada até porque não é só agressão física e psicológica também, que destrói a mulher. Muitas vezes ela não fala”* (ACS grupo focal). E ainda: *“Eu acho que é muito difícil para se abrir. Muitas pessoas a gente acaba tipo percebendo por algum sinal ou por redes sociais ou por alguma coisa porque é o meio que acham pra desabafar”* (ACS grupo focal).

Existe uma dificuldade evidenciada em criar vínculo devido a rotatividade na contratação da equipe de ESF no município de Paranaguá, considerando que o processo de contratação se dá por Processo Seletivo Simplificado, com duração de um ano mais um ano dependendo da produção apresentada pelo profissional. A exemplo disso, uma entrevistada responde: *“E tem o caso também, como nós somos PSS, a gente acaba mudando de contrato quando volta, igual eu quando eu voltei, eu tive que voltar tudo desde o começo. Por quê? Porque minha micro já tava ocupada com outra pessoa. Então já perde aquele vínculo e tem que começar tudo de novo. De dois em dois anos tem que começar tudo de novo”* (ACS grupo focal).

Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) ressaltam que é possível evidenciar um avanço do Programa Saúde da Família, com ênfase na expansão de cobertura. O que promove um ponto a mais na mudança do paradigma médico-centrado, outro ponto de destaque é a necessidade de valorização, principalmente no que tange o vínculo da equipe com os usuários. Para os autores o vínculo entre o usuário e o profissional de saúde caracteriza uma interação, interpretações de necessidades, pois além da assistência, promove interações emocionais daqueles tão fragilizados, um profissional supostamente capacitado faz a diferença na atuação. O que é possível afirmar, não ser uma realidade concretizada no município de Paranaguá, tendo em vista que após a criação de vínculo a equipe muda.

Endossando essa perspectiva, o Ministério da Saúde (2017) destaca que a Estratégia de Saúde da Família tem um papel muito importante no acolhimento, pois parte dos membros das equipes, no caso de ACS, faz parte da comunidade, mora na localidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto da equipe com o usuário do SUS.

Signorelli (2011) relata em pesquisa com ACS acerca da violência doméstica no município de Matinhos (PR) a fala desses profissionais quanto a importância do vínculo com a população. Através do vínculo existente entre ACS e usuário se abre caminho para o relato das vivências de violência doméstica.

Alguns profissionais entrevistados indicaram a importância da equipe multidisciplinar nas ações referentes a VD, porém é fato que Ministério da Saúde publicou uma nota técnica (2020) que desfez a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS):

Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às pologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe (NOTA TÉCNICA Nº 3, 2020).

Essa mudança acompanha uma série de alterações presentes no Programa Previnde Brasil, que instituiu um novo modelo de financiamento para o SUS, o qual os municípios passam a receber por capitação ponderada (pessoas cadastradas nas ESF homologadas), desempenho (ESF que alcancem os indicadores de saúde), incentivo para ações estratégicas (por exemplo o Programa Saúde na Escola) (BRASIL, 2019).

Referente a percepção do aumento de casos de VD durante a Pandemia de COVID-19 a relação da maior convivência nos domicílios com o aumento da VD demonstrou pela maioria dos entrevistados como possível causa para o aumento de conjunções. Entretanto, essa percepção das entrevistadas foi obtida através de meios de veículos de comunicação em massa, noticiando aumento de casos de VD, e especialmente de feminicídio, como retratado nos trechos a seguir: “*A pandemia fez com as pessoas permanecessem mais em casa e aumentou o nível de estresse, aumentando muito a **violência** doméstica*” (Fisioterapeuta NASF 3). E ainda: “*Tem **aumentado** muito, não só na comunidade, mas também o que eu vejo nos noticiários né,*

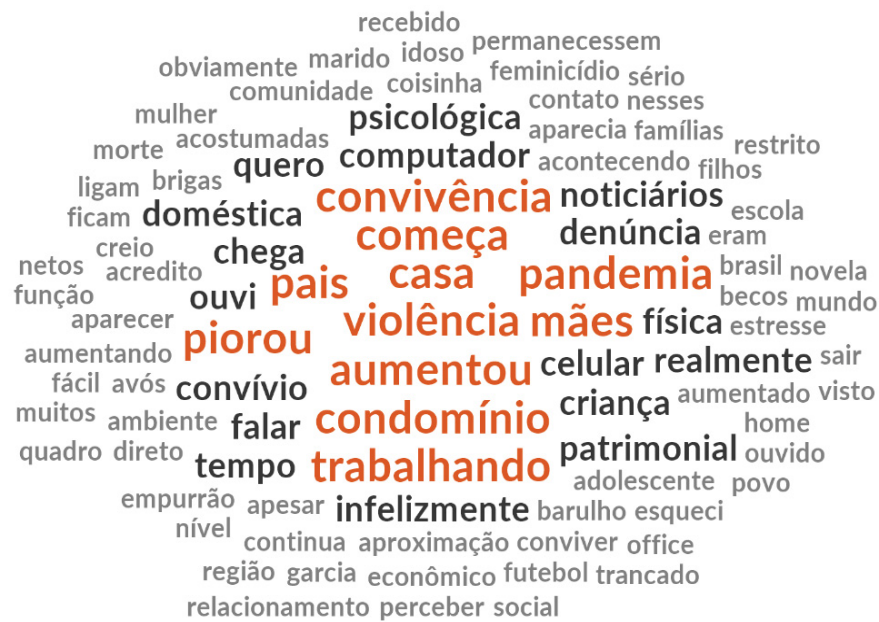
no Brasil tudo né, a gente tem aí essa aproximação de não poder sair de casa e ficar mais tempo em casa né e acaba acontecendo as brigas e muitas vezes a morte” (Psicóloga NASF 8). E por fim: *“Sim, porque agora eles ficam mais em casa, até mesmo as crianças onde a gente vê que as crianças andavam nas escolas e estudavam agora dentro de casa. Ou até mesmo na rua também”* (ACS Grupo focal).

Identificou-se que o isolamento social impactou a vida da população em geral, desde aspectos sociais e econômicos, e com a diminuição no número de denúncias de violência doméstica contra a mulher e notificações compulsória, e aumento nos casos de feminicídios. Devido ao distanciamento social, as vítimas se limitaram em realizar as denúncias pelo aumento do tempo convivência no mesmo ambiente familiar com o agressor, essa problemática promove a necessidade de refletir sobre as formas utilizadas para garantir proteção e segurança para essas mulheres (SOUSA; SANTOS; ANTONIETTI, 2021).

A OMS e outros estudos levantaram várias razões pelas quais a exposição à violência aumenta drasticamente, como à medida que os membros da família passam mais tempo em contato próximo e as famílias lidam com estresse adicional e possíveis perdas econômicas ou de emprego; as mulheres podem ter menos contato com familiares e amigos que podem fornecer apoio e proteção contra a violência; as mulheres suportam o peso do aumento do trabalho de cuidado durante esta pandemia, o fechamento das escolas agrava ainda mais esse fardo e coloca mais estresse sobre elas; a interrupção dos meios de subsistência e da capacidade de ganhar a vida, inclusive para as mulheres (muitas das quais são trabalhadoras assalariadas informais), diminuindo o acesso a necessidades e serviços básicos, aumentando o estresse nas famílias, com potencial para exacerbar conflitos e violência (MARQUES *et. al.*, 2020; ROESCH *et. al.*, 2020; OMS, 2020).

A figura 8 traz a nuvem de palavras obtida no *software NVivo*. A análise da centralidade das narrativas reforça os achados.

FIGURA 8 -NUVEM DE PALAVRAS SOBRE OS IMPACTOS DA PANDEMIA, SEGUNDO PROFISSIONAIS DA APS – QUESTÃO 6.



FONTE: Os autores (2021).

A última questão dessa categoria de perguntas investigou o conhecimento das profissionais acerca da notificação de violência através do preenchimento da ficha do SINAN, e sua utilização na rotina de trabalho. A maioria das profissionais desconhece a ficha de notificação, entretanto, reconhecem a importância desse procedimento, apesar de não terem realizado, segue relato: *“A questão da notificação ela é muito importante, primeiro porque está registrando algo, segundo porque ela é para controle de casos, mas geralmente quem faz essas notificações, a gente sempre aciona Assistência Social. Menor de idade, o conselho tutelar. Geralmente são eles que são encarregadas desse tipo de notificação”* (Médica 9). E: *“No meu caso a gente fez um cursinho básico com, não lembro o nome dela... H. eu acho né. Ela explicou sobre a fichinha, ainda foi utilizada no meu caso. Nesse caso do filho contra a mãe. Eu acho que foi útil na época a gente até conseguiu o internamento para o filho, mas a mãe não quis. Tá com filho lá dentro de casa. Ela ainda se chora, mas a gente tenta ajudar, mas ela ficou com pena do filho”* (ACS 6).

Existe ainda o relato do recebimento de capacitação sobre a ficha e do medo de notificar, da insegurança dos profissionais quanto a confirmação da existência da violência, o medo é pontuado, dado o fato da dificuldade de conhecer ou se trabalhar em rede: *“Não. As pessoas não costumam notificar por medo, por medo de se envolver ne muitas vezes, ou por medo de estar cometendo um erro né, porque as vezes a pessoa só tem a desconfiança não tem*

certeza. Enfim, a gente tem que notificar mesmo sendo só suspeita para levantar esses indicadores independente se tem a certeza ou não da violência. Todos deveriam notificar, todo mundo que teve contato com a violência ou com algum caso tem que notificar” (Psicóloga NASF 8). E: *“Olha eu já vi o documento, mas nunca preenchi nenhum. Eu acho que é nossa... seria né, mas eu nunca preenchi não”* (ACS 11).

Assis *et. al.* (2012) realizaram uma análise das notificações de casos de violência em todo o Brasil no ano de 2010. Constataram a baixa qualidade dos dados registrados quanto ao detalhamento dessas notificações, causando assim falhas na informação, prejudicando o conhecimento mais detalhado do fenômeno, das ações de planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde no país.

Rosario (2021) ao investigar o perfil de violência interpessoal e autoprovocada no município de Paranaguá, reforça a importância da utilização da ficha para notificação dos casos ou suspeitas de violência, garantindo assim maior precisão de dados, favorecendo a disseminação das informações acerca do tema para investimento na prevenção das violências.

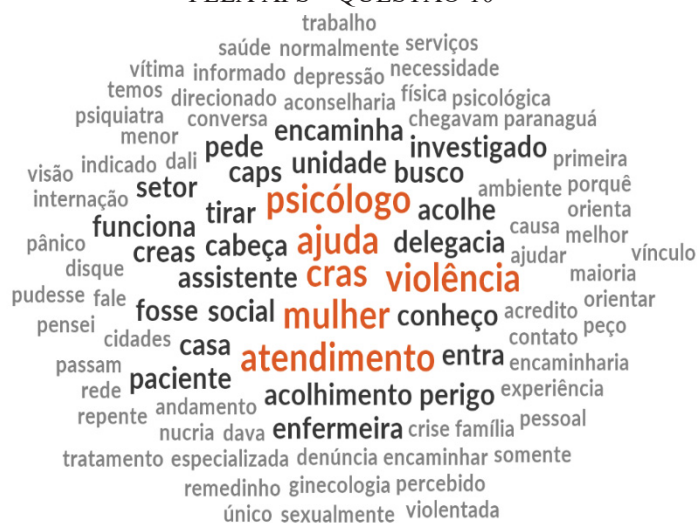
4.2 PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE A VD

A segunda categoria de perguntas do roteiro de entrevistas trouxe questões abordando as **práticas** profissionais na APS, AE e CMB, acerca da VD. No que diz respeito a experiência de atender pessoas em situação de violência na APS e como tais casos chegavam até os profissionais, houve depoimentos de toda a equipe, porém destacou-se algumas frases emblemáticas: *“Nesse último caso agora que a moça foi embora para casa da mãe ela mesma me contou. Ela falou que o marido... na verdade a gente se tornou muito amigas, ela falou que o marido tinha muito ciúmes e como ele estava desempregado isso foi aumentando as discussões, até que esses dias ele a espancou. Na maior parte das mulheres me conta sim. Nesse longo tempo a saúde está mais em cima sim. Nós agentes comunitários temos mais acesso a casa e acaba tendo esse vínculo com o paciente. Então vai virando um amigo um irmão assim e vai virando psicólogo”* (ACS 5). Essa outra ACS relata: *“Então, foi ela mesma que me confidenciou. Ela disse que não aguentava mais apanhar dele. Uma vez eu cheguei lá, ela não chegou a me contar, mas ela é uma idosa já, quebrou o fêmur dela. Depois que eu fui saber que foi ele que bateu nela, aí chegou o ponto que ela pediu ajuda. A gente deu ajuda suporte tudo né, mas chegou no final que era para o internamento ela não quis”* (ACS 6).

Esta profissional diz: *“As pessoas geralmente vinham em busca de apoio para uma crise de pânico, uma ansiedade ou para depressão. Então automutilação muita automutilação em todos os casos investigação você percebe que a dor é muito profunda E quanto a pessoa vem com uma dor muito profunda consequência disso realmente geral muito profunda a consequência disso geralmente é uma violência doméstica geralmente uma violência sexual A maioria dos casos de adolescentes com automutilação a causa foi alguma violência sexual”* (Psicóloga NASF 8). E por fim: *“E essa menina batalhadora, estudiosa, ta terminando o ensino médio e a outra vez foi o marido, ela não queria e quando ela dormiu, não sei se o marido deu alguma coisa pra ela dormir, quando ela acordou, ele tava deitado em cima dela sem o consentimento dela. Pra mim foi chocante, a gente acaba imaginando a situação dela, entendeu, é difícil, não desejo isso pra ninguém”* (Enfermeiro 14).

Quanto ao suporte para atendimento dessas pessoas em situação de violência física e sexual, o profissional psicólogo e serviços como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) foram usualmente citados. Profissionais de saúde usualmente realizam encaminhamentos para setores de segurança pública como a Delegacia da Mulher (HASSE; VIEIRA, 2014). A nuvem de palavras (Figura 9) retrata as narrativas mais frequentes. Percebe-se que as palavras que aparecem com mais frequência são: **violência, atendimento, ajuda, mulher, psicólogo, CRAS**. Na sequência: acolhimento, acolhe, delegacia, encaminha, unidade (sendo possivelmente uma referência à UBS), CAPS fazem referência a como o suporte é identificado pelos profissionais.

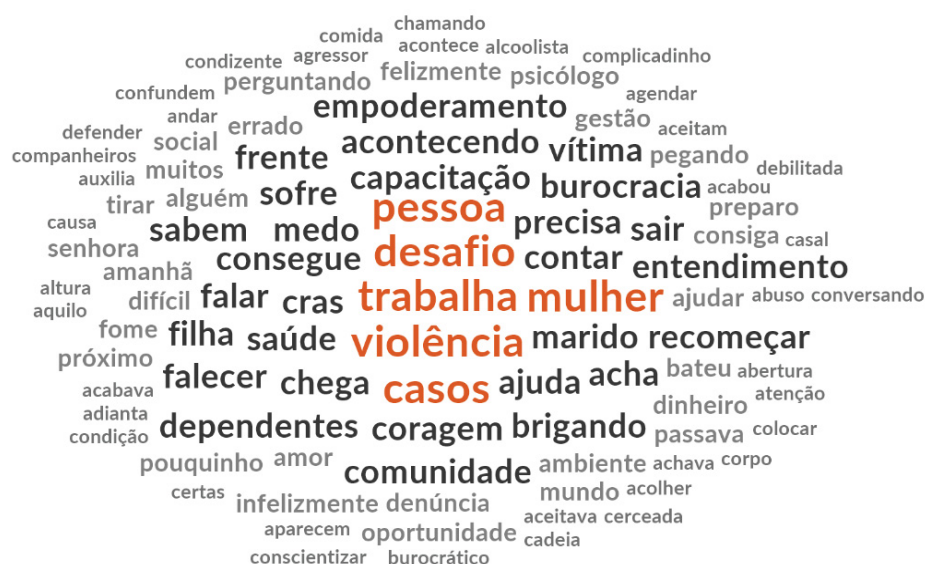
FIGURA 9- NUVEM DE PALAVRAS SOBRE SUPORTE PARA ATENDIMENTO DE CASOS DE VD PELA APS – QUESTÃO 10



Estudos atuais (D'OLIVEIRA *et. al.*, 2020; GOMES; ERDMANN, 2014), incluindo alguns deles conduzidos por nosso grupo de pesquisa (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA 2013; 2018), revelam que a APS pode desempenhar um papel significativo não só no atendimento às pessoas que vivem em situação de VD, principalmente mulheres e crianças, mas também no apoio a essas pessoas para romper o ciclo da violência.

Ainda quanto as práticas para esse atendimento, os principais desafios foram citados nas entrevistas, bem como se existe risco à própria segurança durante o trabalho. A figura 10 traz a nuvem de palavras representando os maiores desafios citados.

FIGURA 10- NUVEM DE PALAVRAS SOBRE OS DESAFIOS RELATADOS PELOS PROFISSIONAIS DA APS - QUESTÃO 11



FONTE: Os autores (2021).

Metade dos profissionais da APS participantes deste estudo relataram já terem tido sua segurança ameaçada ou de precisarem de apoio no atendimento de situações de violência. Esse é o retrato do cotidiano nas UBSs entrevistadas: *“Sim a gente já passou por várias situações entre assim durante visita domiciliar, de perceber as pessoas em cárcere privado, dentro de uma região de uma casa de traficante, e também já me peguei é... atendi uma mulher que passou por violência doméstica e o agressor era o marido, e ele ficava rodeando a unidade. E uma vez ele foi até a minha sala, estava sozinha na época dentro da sala, e ele entrou e pediu ajuda para ele. Ali eu o acolhi né, como qualquer outro usuário claro, me posicionei próximo à porta, mas não deixei de atender. Fiz o primeiro acolhimento, ele me contou da história de vida, já viveu abuso também do pai, pelo pai e professor, e daí fiz todo encaminhamento como*

é referenciado ao CAPS. Mas a gente se coloca sim em risco e não temos suporte nenhum, porque na nossa unidade nem, nem guarda né tinha, e a gente tá em risco o tempo todo” (Psicóloga 8). Essa ACS relata: *“Eu tinha uma família com oito filhos. No Porto Seguro ali, próximo a IFPR, e eu fazia a visita diária daí começaram, as crianças não iam para a escola, viviam um dia inteiro na rua então eu comecei a me aproximar dessas crianças e o pai começou a me xingar. Daí eu soube que o pai mantinha relação com a mãe na frente dos filhos. Daí eu trouxe esse caso, na época a V. estava aqui, os outros médicos, daí gente foi fazer essa visita. Chegando lá, o pai saiu com um pedaço de pau atrás de mim, do médico... Mas enfim, eles foram retirados da família”* (ACS Grupo focal).

D’Oliveira *et. al.* (2020) realizaram revisão sistemática a fim de identificar obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência na APS. Os principais obstáculos identificados nos estudos foram: conceituar a VD como questão de saúde, resultando em dificuldades para identificar o problema e gerenciar os encontros de cuidado; ausência de treinamento e capacitação na graduação e no serviço; escassa rede intersetorial; falta acesso/profissionais especializados; medo e falta de tempo.

Mendonça *et. al.* (2020), em pesquisa que analisou publicações científicas nacionais acerca da violência na APS, destacam que a atenção primária à saúde deve desempenhar papel fundamental frente aos casos. Tais pesquisas destacam a atuação em rede como a forma mais adequada e com maior resolução para as situações de violência. Entretanto, destaca-se a necessidade de capacitação, principalmente com educação permanente para os profissionais que lidam com as situações de violência.

4.3 RECURSOS E PROPOSTAS DE CAPACITAÇÃO

A terceira e última categoria apresenta questões acerca dos **recursos** para atendimento de pessoas em situação de violência. Nesta, destaca-se aqui as respostas apresentadas quanto a necessidade de apoio e capacitação dos profissionais. A abordagem ideal para os casos e a necessidade de apoio especializado dentro das UBS são pontos chaves relatados nas falas iniciais dentro dessa categoria: *“Acolhedora, evitando expor a vítima a relatos sucessivos e repetitivos e de preferência por profissionais treinados/ qualificados para esse tipo de atendimento”* (Nutricionista NASF 4). E ainda: *“Eu acho que poderia sim fazer um grupo né, aonde juntassem todas as pessoas, dividissem os problemas, eu acho que conversando assim é algo que ajuda muito a pessoa. Às vezes precisa de alguém para ouvir elas. E assim poderia*

ser feita uma consulta individualmente e poderia ser feito os grupos até para ajudar bastante né, para encorajar as pessoas mesmo para fazer as denúncias, porque as pessoas às vezes não fazem por medo” (Médica 9). E por fim: “Primeiro a privacidade do paciente a gente tem que manter a privacidade. Manter o reservado vamos dizer uma salinha que a gente possa ir lá conversar. Vai ficar muita vontade não aquela coisa que tem que ser muito rápida entendeu. Mas se a gente tivesse uma salinha própria para isso seria muito legal” (ACS 10).

Essa ACS diz: *“Chega aqui tem que ter uma continuidade. Eles, as enfermeiras que estão aqui, e os médicos, eles têm que ter uma continuidade direta com o órgão, o setor. Com uma coisa, ele já tem que vir aqui, no que receber, tem que vir aqui chamar a gente e dizer: olha vamos lá vê o que tá acontecendo, vamos marcar uma hora” (ACS Grupo focal). Essa outra aponta: “Ter **psicóloga** especializada. Quando vocês atendessem o caso, trariam e levariam para essa pessoa está preparada pra isso” (ACS Grupo focal).*

A necessidade de treinamento/capacitação também aparece nas falas quando questionamos o que seria necessário para os profissionais da APS serem capazes de realizar um atendimento adequado: *“Treinamento adequado para ouvir e encaminhar para o profissional competente” (Fisioterapeuta NASF 3). Essa psicóloga diz: “As equipes de saúde precisam ser capacitadas. Eles precisam ter treinamento, serem capacitados, tanto para sensibilização, para percepção dos casos e para compreenderem o fluxo. Para onde encaminhar, o que fazer na hora desse atendimento, desse acolhimento né, e outra notificar. Eles precisam entender a importância da notificação. Quanto mais notificações, mais a gente percebe o ponto onde tá ocorrendo a violência” (Psicóloga NASF). Essa outra ACS diz: “A gente precisa de suporte, porque aqui na unidade a gente não tem. Não tenho suporte específico, não tem profissional específico, alguém que tenha conhecimento porque a gente também não tem. Porque a gente não tem uma preparação para fazer esse tipo de atendimento e a gente tem que ter um cuidado né, ninguém diz para gente: você tem que tratar assim, atender assim, dessa forma, você tem que tomar esse tipo de cautela. Falta preparação, a palavra principal é preparação” (ACS 13).*

A capacitação também foi levantada: *“**Precisa** entender como é que esse mecanismo da **rede**. Todo mundo fala em rede, Rede, Rede. O que é a **rede**, o que que a casa da mulher brasileira? O que que a gente pode estar se ajudando né, não é só eu que vou pegar coisa, eles também têm muito conteúdo que eles podem pegar aqui então, precisaria de uma **capacitação** em violência doméstica” (Especializada). Essa outra levanta: “**Capacitação** em violência doméstica, porque a maioria das pessoas não sabe nem o que a gente faz aqui, acha que a*

gente vende roupa, que faz só exames clínicos né então, essa área da violência doméstica é uma área nova, muito difundida por conta da Lei Maria da Penha desde 2006, então você veja 15 anos. Isso é muito pouco ainda, vamos falar da lei do feminicídio 2015, nem tão tudo isso é muito recente então a gente não esses novos profissionais que vem com uma outra cabeça com outro tipo de informação, mas os mais antigos, assim como eu, não tem essa visão, então precisa capacitação né” (Especializada).

Quanto ao histórico de capacitações dentro do serviço de saúde, uma parte das entrevistadas relatou ter recebido treinamento, mas com muita teoria e pouca prática: *“E todo período que eu trabalhei na unidade básica de saúde eu fiz um curso de notificação, de como notificar e somente isso. Depois tive muitas dúvidas sobre notificação e, mas não tive nenhuma capacitação em relação ao fluxo, o que fazer, como acolher né, durante o período de trabalho em unidade de saúde eu não tive apoio nenhum, foi muito pouco apoio em relação à violência”* (Psicóloga NASF 8). Essa ACS diz: *“Sim. Foi sim, foi ótimo, foi muito bom, deveria ter mais né. Porque aqueles que já tiveram tudo bem, mas os que estão entrando precisa né. Por mais que você saiba uma coisinha aqui, ou ali, aprendendo no seu dia a dia, seria bom pegar mais pessoas para passar para você o que você precisa fazer. Teoria mesmo né. A maioria dos cursos assim são teoria né, porque a prática acho que é quando você vê, vai lá e ajuda né”* (ACS 10). E por fim: *“A gente teve, se eu não me engano não foi na ISULPAR, com a delegada do NUCRIA. Mas não foi um treinamento, foi mais uma palestra. Foi uma coisa teórica, ela falou como funcionava a rede de apoio, tanto que eu conheci por aí. Eu conheci o NUCRIA por causa dessa palestra que tivemos”* (ACS 13).

Um estudo realizado numa UBS da cidade de Matinhos - PR também identificou o vínculo dos ACS com mulheres em situação de violência e o seu papel nos acolhimentos dessas. Apesar da ausência de capacitação para essas profissionais (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013). Esclarecendo que os conteúdos e estrutura sugeridos para uma possível capacitação aos profissionais da APS, a necessidade de **capacitação** foi apontada de forma unânime para todos os trabalhadores e gestores da APS. Conteúdos citados como essenciais foram: esclarecer o papel da rede intersetorial e as opções de encaminhamento; abordar a confidencialidade, escuta qualificada, empatia e respeito, com orientações práticas sobre como **abordar** sobreviventes. Segue relato: *“Eu acho que essa questão da **saúde mental** é fundamental... Eu acho que essa é essa questão mesmo dessa ligação entre essa **comunicação** ter **acesso** mais fácil entre os setores da saúde entre. Canais de comunicação mais simplificados uma vez que você está trabalhando por uma causa”* (Especializada). Essa outra diz: *“E até foi interessante que você*

Após concatenar esses saberes acerca de uma capacitação ideal, esse estudo apresenta um esboço de conteúdos a serem apresentados aos profissionais da APS, visando sua capacitação para acolher casos de VD: **Conhecer as atribuições da rede intersetorial; opções de encaminhamentos; Conceitos acerca da violência doméstica; Conceitos acerca da saúde mental; Escuta qualificada; Empatia e respeito; Planejamento Familiar; Ficha de notificação de violência do SINAN; Emponderamento da mulher.**

A educação permanente busca melhorar as práticas de forma mais específicas e lépido. Enquanto a educação continuada constrói conexões de forma global e modifica práticas, respeitando as inovações das ciências relacionadas à profissão. Ambas as metodologias devem ser elaboradas de forma comprometida com metodologias ativas e dinâmicas e demonstrem o valor dos profissionais da saúde. Tendo em vista que na educação permanente esse protagonismo já acontece no mundo do trabalho (SILVA; SILVA, 2019).

A Dra. Cláudia García Moreno, da OMS, explica que a luta para o fim da violência contra a mulher é de suma importância, e que envolve ações urgentes quanto a necessidade de reduzir a estigmatização em torno desse problema e investimento na formação dos profissionais de saúde para que aprendam a atender as mulheres nessa situação demonstrando compaixão (OMS, 2021).

O currículo criado pela OMS traz diretrizes para fornecer aos profissionais de saúde o conhecimento e habilidades básicas para implementar as recomendações da OMS para o cuidado de mulheres em situação de violência nas suas práticas clínicas (WHO, 2019). Seguir essa padronização pode favorecer a capacitação para os profissionais da APS aqui no estado do Paraná e no Brasil.

4.3.1 RECOMENDAÇÕES DE CAPACITAÇÃO PARA APS

O que precisa ser considerado neste treinamento de VD em relação a conteúdo? Aponta-se que: 1) **A formação em VD contra a mulher precisa estar interligada com a VD contra crianças e adolescentes.** Saraiva *et. al.* (2012) corrobora com o conteúdo apresentado aqui quando traz em sua pesquisa a necessidade de os profissionais enfermeiros serem capacitados para o atendimento de casos de violência contra a criança em seus mais diversos tipos, trazendo assim, maior proteção para essa população quanto aos atendimentos de saúde. Investigação em domicílios na cidade do Rio de Janeiro demonstrou estimativa conjunta de prevalência projetada de violência no casal e contra filhos de até 90,2%, sendo de 60,6% a de

coocorrência quando a família apresentava, por exemplo, companheiro com 1º grau incompleto e com uso de álcool ou outras drogas ilícitas (REICHENHEIM; DIAS; MORAES, 2006).

2) A propagação intergeracional da violência, prevenindo impactos em crianças e adolescentes. A OMS destaca em relatório publicado no ano de 2021 que trabalhar para reduzir a violência contra a mulher é lutar contra as estruturas sociais que mantêm a desigualdade de gênero, e, especialmente dirigir as ações para crianças e adolescentes a fim de promover a igualdade de gênero e as atitudes que a fortalecem.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006, promove a qualidade de vida, com atitudes para a prevenção de violências e inspiração à cultura de paz. A fim de promover a compreensão sobre a temática, a política aborda: Promoção da saúde e prevenção de violências; Promoção de vínculos e fortalecimento da resiliência; Prevenção de violências na família e na comunidade; Vulnerabilidades à violência e proteção de crianças e adolescentes; Promoção da cultura de paz; Tipos e natureza de violências que atingem crianças e adolescentes; Alerta para os sinais e sintomas de violências contra crianças e adolescentes; Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências; Seguimento na rede de cuidado e de proteção social; Rede de Cuidado e de Proteção Social para a Atenção Integral às Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências; Articulação entre as redes intrasectorial e intersetorial de cuidado e de proteção social (BRASIL, 2015).

3) O treinamento em VD deve elucidar todas as formas de violência contra a mulher, pois a maioria das pessoas associa a VD apenas à violência física. Atenção especial deve ser dada ao abuso psicológico e estupro dentro do casamento que parece ser naturalizado. “A violência intrafamiliar atinge parcela importante da população e repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas. Configura-se um problema de saúde pública relevante e um desafio para os gestores do SUS” (BRASIL, 2001).

4) Apesar da violência por parceiro íntimo (VPI) ser o tipo mais comum de VD contra mulheres no mundo, a VD praticada por outros membros da família parece responder por cerca de metade dos casos, portanto, essa questão precisa ser abordada. A VD contra crianças e adolescentes por exemplo, infelizmente ainda tem alta prevalência e em sua maior parte tem como agressores os pais. Estudo na cidade de Niterói – RJ com 278 crianças vinculadas a 27 ESF levantou a prevalência e características da VD. Foi demonstrado que 96,7% das crianças sofreram violência psicológica e 51,4% sofreram violência física menor. A mãe foi a principal agressora nesses casos (ROCHA; MORAES, 2011).

5) Normas de gênero e como reduzir assimetrias de gênero em um país de cultura machista. Santos e Oliveira (2010), entendem que a igualdade de gênero precisa ser estabelecida junto à totalidade das junções sociais envolvendo todos os indivíduos afetados pela ofensiva do capital, cujo princípio básico é a desigualdade. A ONU quando estabelece os ODS 5 preconiza: alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas; e eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos (ONU, 2015).

6) A associação entre VD e abuso de álcool e drogas ilícitas, uma vez que muitos casos estão associados na região do Brasil. Soares *et. al.* (2021) desenvolveram uma pesquisa do estado da arte ao qual destacaram-se 42 estudos evidenciando a repetição no consumo de álcool e outras drogas (AD) na ocorrência da violência intrafamiliar, demonstrando ser um motivador da violência. Em contrapartida, também foi descrito que o consumo AD pode ser consequência da violência intrafamiliar, podendo atuar como um ciclo de consumo e reação, atuando a violência como propulsora do uso e vice-versa, descrevendo o uso de AD como importante, mas não unicausal para a violência intrafamiliar. Foi possível analisar a interferência do consumo de AD na violência intrafamiliar com seus diversos membros (mulheres, crianças, adolescentes, idosos) e sob vários aspectos, sugerindo que o álcool é a principal substância lícita envolvida no fenômeno da violência, assim como outras drogas ilícitas, mesmo que em menor proporção no Brasil. Apesar da violência na família ser multifatorial, torna-se essencial considerar o efeito do AD na ocorrência deste agravo, pois eles ocorrem simultaneamente e compartilham um conjunto complexo de fatores de risco, com graves efeitos psicossocioeconômicos individuais e coletivamente, requerendo ações intersetoriais para seu enfrentamento (SOARES *et. al.*, 2021).

7) Legislação: Lei Maria da Penha, Lei do Feminicídio e Lei da Violência Psicológica. A Lei 14.188/2021, que alterou o Código Penal, foi sancionada recentemente e prevê punição para os agressores. A violência psicológica contra a mulher agora é crime (BRASIL, 2021).

8) O papel fundamental que os trabalhadores da APS desempenham no atendimento aos sobreviventes de VD e na abordagem das vítimas. O papel da escuta qualificada e do acolhimento como passos iniciais importantes. Confidencialidade, empatia e respeito também devem ser incluídos.

“Os serviços oferecidos na APS como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) consistem em uma porta de entrada para o acolhimento e atendimento das mulheres

em situação de violência por diversos fatores, iniciando-se pela possibilidade de detecção precoce dos casos, o que se deve à aproximação entre a equipe e a realidade” (DUARTE; JUNQUEIRA; GIULIANI; 2019, s.p).

A escuta qualificada permite adquirir informações sobre cada paciente, que possibilita escolhas e resoluções de suas necessidades, tornando-se uma forma de prestar uma assistência de qualidade (RODRIGUES; CAVALCANTE; 2015). O conceito de ‘acolhimento’ é sensível aos problemas dos pacientes. Pretende ser a melhor forma de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes individuais em contextos clínicos, ouvindo os seus problemas de forma empática e sem julgamentos (GOMES; PINHEIRO, 2005; RAMOS; LIMA, 2003; SIGNORELLI *et. al.*, 2018).

9) Problemas de saúde mental (das pessoas em situação de violência e agressores) e estratégias de como lidar com a VD mantendo a mente saudável. Dados mundiais da OMS acerca da saúde de mulheres em situação de violência destacam a relevância do tema para os cuidados em saúde. As mulheres têm duas vezes mais chances de ter depressão e duas vezes mais chance de desenvolver alcoolismo (OMS, 2019). A Lei Maria da Penha traz em seu corpo a importância do trabalho com os agressores através, por exemplo, de grupos de reflexivos (BRASIL, 2006). É frequente a associação entre aumento de casos de VD por agressores em uso de álcool e/ou outras drogas ilícitas, o que pode configurar transtorno mental como a dependência química (REICHENHEIM; DIAS; MORAES, 2006; GRANJA; MEDRADO, 2009).

10) A rede intersetorial e como ela funciona, explicando o papel de cada serviço e como interligá-los, desburocratizando e encurtando os itinerários no encaminhamento das vítimas. As Redes de Atenção são um conjunto de serviços e processos de trabalho que se articulam de forma interdependentes, com objetivos em comum a fim de desenvolver a resolutividade das problemáticas impostas (BRASIL, 2010). Tendo em vista que há aproximadamente 18 anos foi descrita na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) metas para a ampliação da rede nacional de serviços especializados de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, no ano de 2021 o município de Paranaguá implantou o Centro de Atendimento Integrado para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (CAICAVV) (PARANAGUÁ, 2021). A iniciativa pioneira no estado do Paraná, integra num mesmo espaço atendimentos diversos para as crianças, adolescentes vítimas de violência, assim como suas famílias. Os serviços do Conselho Tutelar, Atendimento Psicossocial, da Saúde, Educação, NUCRIA, Ministério Público estão

num mesmo local para assistir essas pessoas em situação de violência nesse município (PARANAGUÁ, 2021).

11) A ficha de notificação obrigatória de violência: como preenchê-la para gerar dados epidemiológicos e mapear o território. A relevância de uma notificação feita adequadamente já foi destacada em pesquisa de 2012, que verificou falhas nesse processo que acarretam lacunas na informação, prejudicando o conhecimento mais detalhado do fenômeno, das ações de planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde no país (ASSIS *et. al.*, 2012).

12) Empoderamento das mulheres: como os trabalhadores da APS podem apoiar as mulheres a serem mais independentes dos homens e se sentirem mais empoderadas. Essa questão pode ser implementada por meio de “discussões em grupo de mulheres” na UBS, mediadas por profissionais da APS e pares. Demonstrar os princípios do Empoderamento das Mulheres promove um conjunto de motivações que fortalecem os setores públicos e privados a se agregarem nos elementos-chave para a promoção da igualdade entre homens e mulheres no local de trabalho, no mercado, na comunidade e nas relações sociais. Os ODS 5 da ONU fomentam a garantia da participação plena e efetiva das mulheres e a igualdade de oportunidades para a liderança em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, econômica e pública (ONU, 2015). Fomentando assim, inclusive, a proposta 13 deste trabalho, que visa a autonomia econômica de empoderar as mulheres para que participem integralmente de todos os setores da economia e em todos os níveis de atividade econômica.

13) Autonomia econômica das mulheres. Essa estratégia pode envolver a rede intersetorial por meio da rede SUAS (Sistema Único de Assistência Social), que frequentemente são vinculados fisicamente às UBS da regional Brasil. Construir economias fortes; estabelecer sociedades mais estáveis e justas; atingir os objetivos de desenvolvimento, sustentabilidade e direitos humanos internacionalmente reconhecidos; melhorar a qualidade de vida para as mulheres, homens, famílias e comunidades e impulsionar as operações e as metas dos negócios (ONU, 2022, p.4).

14) Planejamento familiar e métodos contraceptivos. Segundo a OMS (2020), entre os anos 2000 e 2019, houve um aumento lento do uso de contraceptivos por mulheres em idade fértil: 2,1 pontos percentuais. Esse dado pode ser justificado por fatores como o acesso limitado a serviços de planejamento familiar (especialmente as mais jovens, solteiras e com menos recursos); oposição por razões culturais ou religiosas; má qualidade dos serviços disponíveis; obstáculos por razões de gênero para acessar os serviços. Segundo o mesmo documento, o

planejamento familiar promove a redução de aborto, o que diminui os riscos de morte de mulheres; da mortalidade infantil; além de promover o acesso à educação e autonomia para as mulheres. Em relação aos números de filhos, observa-se que quanto mais elevado se apresenta o nível educacional das mulheres e das famílias, acompanhando o nível econômico, se diminui a quantidade de filhos, onde o contrário acontece com o aumento do número de quantidade de filhos para famílias com menor poder econômico (LEONE *et. al.*, 2010). Mendes (2005) traz em seu estudo que, mulheres entrevistadas relataram que as decisões de qual método contraceptivo utilizar seguiam as demandas dos parceiros, onde a negativa do uso do preservativo masculino foi unânime. Observa-se que o acesso aos sistemas de saúde adequados, influencia diretamente na liberdade de escolha dos métodos e da quantidade de filhos por família. A ONU (2015) através da ODS 5 mais uma vez propõe para as mulheres:

O acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão (ONU, 2015, sp.).

15) Como os profissionais de saúde podem garantir sua própria segurança trabalhando com VD, principalmente os agentes comunitários de saúde. Este fato também foi observado em outros estudos conduzidos por nosso grupo de pesquisa (SIGNORELLI *et al.*, 2011); portanto é necessário que as equipes estejam cientes dos riscos que correm, e que o programa de treinamento contemple um momento de reflexão sobre as estratégias de segurança disponíveis em cada local, almejando proteger e garantir a segurança dos profissionais.

16) Os homens também devem ser abordados, de preferência em um curso específico. Trabalhar com grupos de homens na UBS para discutir relacionamentos saudáveis, modelos de masculinidade e atitudes não violentas. Observando o cenário em questão onde a mulher é vítima, deve-se considerar o oferecimento de uma abordagem integral ao homem autor da violência, pois este também necessita de cuidados principalmente em relação a saúde mental e abordar temas e discussões pertinentes buscando fornecer subsídios para novas reflexões e mudanças do cenário da violência no Brasil (GRANJA; MEDRADO, 2009). Realizar acompanhamento psicológico por meio dos profissionais da atenção primária à saúde se torna útil para quebrar padrões de relacionamento intervindo a longo prazo, dessa forma o profissional tem condições de identificar usuários que apresentam risco considerável de se tornarem abusadores e serem encaminhados aos serviços correspondentes que apoiam alternativas não violentas para moderação de conflitos (BRASIL, 2001).

17) O impacto da pandemia para as famílias, que agravou a situação dos mais vulneráveis, principalmente mulheres e crianças. A violência contra as mulheres é endêmica em todos os lugares do mundo, e foi agravada pela pandemia de COVID-19, provocando a acentuação das práticas em milhões de mulheres e suas famílias (OPAS, 2021). Os perpetradores de abuso usaram restrições devido ao COVID-19 para exercer poder e controle sobre seus parceiros para reduzir ainda mais o acesso a serviços, ajuda e apoio psicossocial de redes formais e informais (PAL *et. al*, 2021; ONU MUJERES, 2020; WHO, 2020a; ROESCH *et al.*, 2020).

Em relação ao público-alvo, quem deve ser treinado? 1) Profissionais da APS, incluindo equipes da ESF (médicos de saúde da família, enfermeiros de saúde da família, dentistas de saúde da família, agentes comunitários de saúde, técnicos de saúde, técnicos de enfermagem etc.). 2) Gerentes, incluindo gerentes de UBS, diretores de departamentos do SUS etc. e 3) Trabalhadores da rede intersetorial, incluindo o SUAS, Casa da Mulher Brasileira, segurança pública (especialmente a Patrulha Maria da Penha e polícia), funcionários da escola etc.

Como, ou seja, em que formato esse treinamento deve ser ministrado? 1) Idealmente presencial, com casos práticos para estimular o debate, dramatização e outras dinâmicas para engajar os participantes. Deve ser realizado no horário de trabalho para maior adesão e dividido em vários dias para não sobrecarregar os participantes com um tema pesado. E 2) Para alguns funcionários (por exemplo, gestores, médicos), o treinamento online pode ser uma opção, considerando sua agenda lotada e mais autonomia para o aprendizado autoguiado.

Tarefas para os serviços: 1) Garantir que as UBSs tenham uma sala privativa para atendimento aos sobreviventes de VD, garantindo a privacidade. 2) Criar um protocolo intersetorial integrado de atenção à VD, incluindo VD contra mulheres e crianças, à semelhança do que já existe para a violência sexual. 3) Estabelecer um “profissional de referência” em cada UBS/serviço para ser um suporte à equipe no atendimento às pessoas em situação de violência e informações para os outros profissionais da equipe. 4) Integrar a CMB com a rede de APS, especialmente para o acompanhamento da APS dos casos que chegam a CMB. 5) Além da importância da CMB como resposta de primeira linha, isso é limitado. Algumas mulheres agredidas precisam de um cuidado mais contínuo, abordando questões de saúde mental, para que a APS possa dar suporte a esse processo (equipe multiprofissional e CAPS - Centros de Apoio Psicossocial). 6) Idealmente, deveria haver um programa de apoio financeiro para casos emergenciais de VD, como uma assistência financeira temporária de VD para as vítimas. 7) A

troca de equipes de APS descontinua o atendimento, então o ideal é que o SUS se esforce para manter as equipes de APS com condições dignas de trabalho. E **8)** O modelo ideal também deve envolver as escolas, ensinando a próxima geração a evitar a violência e promovendo uma cultura de paz.

Tarefas para universidades: Criar uma disciplina/curso de DV no currículo de todos os profissionais de saúde. Machado *et. al.* (2020) em entrevista com estudantes de cursos de graduação em saúde observa a necessidade referida por esses da discussão de forma transversal durante a formação do tema da violência doméstica e da inclusão nos currículos para articulação teórico-prática.

Desafios/limitações do estudo. Esse estudo apresentou algumas limitações decorrentes do estado de Pandemia decretado no Brasil e no mundo a partir do ano de 2020. Nesse sentido, houve limitações para realização da pesquisa de campo. Alguns profissionais da APS foram deslocados para atendimentos à COVID-19 em outros setores no município de Paranaguá, reduzindo assim o número de participantes nas nossas entrevistas individuais. Além disso, os atendimentos nas UBS sofreram alterações, o que acarretou o remanejamento de funções dentro da unidade, bem como desencadeou sobrecarga de atividades especialmente para os profissionais da enfermagem. Durante o período das entrevistas individuais, nenhuma técnica de enfermagem conseguiu disponibilizar tempo para participação. E por fim, eu como pesquisadora estive gestante também entre os meses de julho de 2020 e março de 2021, o que restringiu o meu acesso aos locais para pesquisa de campo, em decorrência do vírus da COVID-19 ser mais danoso para as gestantes.

5 CONCLUSÕES

Este estudo corrobora a literatura internacional que sugere que a APS pode desempenhar um papel estratégico na prevenção da VD e no cuidado às mulheres em situação de violência. As equipes da APS consideram a VD como um problema de saúde pública que atinge principalmente mulheres, crianças e adolescentes, e que essas equipes podem dar suporte no atendimento a essas vítimas, bem como auxiliá-las na articulação com a rede intersetorial, visando romper o ciclo de abuso. No entanto, conforme mostrado nos resultados, elas precisam ser treinadas em um programa de capacitação personalizado que atenda aos seus cenários e necessidades locais. Por meio de uma abordagem de triangulação que incluiu a visão da equipe da APS e de profissionais especializadas em VD, combinada com nossas perspectivas interdisciplinares e internacionais como especialistas em VD, costuraram-se diferentes peças para propor um modelo de capacitação a ser testado em ambientes de APS.

Os resultados indicam o quão ideal seria este programa de capacitação em relação aos conteúdos, temas, formatos, cronograma, público-alvo, entre outras características, se programa de treinamento fosse realizado sob medida, atendendo às especificidades locais. Os participantes também revelaram suas preocupações com os desafios, como a segurança dos funcionários da APS que atuam nas comunidades e podem estar expostos a agressores; e a necessidade de qualificação de pessoal de outras partes da rede intersetorial, como os profissionais de segurança pública, que costumam trabalhar em colaboração. No entanto, apenas treinar pessoal não é suficiente. Algumas mudanças estruturais no sistema são necessárias para melhorar a situação de atendimento de VD. Isso inclui estabelecer “profissionais chave” na UBS para apoiar outros funcionários; disponibilização de salas privativas na UBS para escuta privada qualificada e “acolhimento” de pessoas em situação de violência; e melhorar os fluxos/encaminhamentos entre a APS, os serviços especializados de VD, os serviços de saúde mental e a rede socioassistencial, estabelecendo protocolos de atenção.

Os próximos passos incluem a preparação de materiais didáticos, como apostilas, cartilhas, dinâmicas, panfletos e mídias, também adaptados às necessidades locais brasileiras. Esses materiais também podem ser complementados com a tradução do conteúdo do currículo da OMS para que o conteúdo esteja de acordo com as diretrizes internacionais sobre cuidados em VD. Após a composição deste kit didático, o próximo passo seria a condução de um curso piloto do modelo de treinamento e conteúdo didático com a primeira turma de trabalhadores da APS. Isso permitirá pré-testar o modelo proposto, confirmando se todos esses recursos e

conteúdo são adequados, ao mesmo tempo em que pode fornecer novos insights para melhorias. Após o pré-teste, a equipe estará pronta para elaborar um protocolo de ensaio clínico randomizado para posterior implementação para avaliar a eficácia de uma intervenção baseada na capacitação das respostas da APS à VD no Brasil. Se for bem-sucedido, espera-se expandir esse modelo de intervenção para o restante do país, por meio das diferentes unidades que compõem o sistema de APS.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F. GOMES, V.L.O. FONSECA, A.D. GOMES, G. C. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.24, n.1, p.121-127. Janeiro-Março. Florianópolis. 2015.

AGUDELO S.F. La violencia: Un problema de salud pública que se agrava en la Región / Violence: A growing public health problem in the Region. **OPS. Boletín Epidemiológico**. v.11, n. 2, p.1-7, 1990.

ARBOIT J, et al. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.27, n.2, p.506-517, 2018.

ASSIS et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 9, p.2305-2317, 2012.

BRASIL. **Decreto 10.906 de 20 de dezembro de 2021**. Institui o Plano Nacional de Enfrentamento ao Femicídio. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/D10906.htm Acesso em 07/06/2022.

_____. **Lei 1,271 de 06 de junho de 2014**. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html Acesso em 07/11/2020.

_____. **Lei 11.340, Lei Maria da Penha de 07 de agosto de 2006**. Lei Maria da Penha e Legislação Correlata – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011. 58 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496319/000925795.pdf>. Acesso em: 20/09/2019.

_____. **Lei 13.104 de 09 de março de 2015**. Lei do Femicídio. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm Acesso em: 06/11/2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.356 de 23 de junho de 2006**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-dos-acidentes-e-violencias> . Acesso em: 23/02/2022

Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.**
Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço/** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015

Presidência da República – Secretaria de políticas para as mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres.** Brasília, 2011. 46p.

Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019. **Previne Brasil.** Brasília. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> . Acesso em 15/04/2022.

BVS- APS Atenção Primária em Saúde - Traduzindo o conhecimento científico para a prática do cuidado à saúde. Processo de trabalho na APS - 2015. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/> . Acesso em 04/06/2022.

CANAVESE D, POLIDORO M. An integrated analysis in health and environment in the development of Paraná State coast, Brazil. **Hygeia** v.9, n.17, p.1-18, 2013. Retrieved from <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/22652/13617>>, acesso em 26/02/2020.

CANZONIERI, A.M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde.** Petrópolis: Vozes, 2010.

CERQUEIRA D. et. Al. **Atlas da Violência 2021.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: FBSP, 2021.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde** (versão preliminar). Nota Técnica Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2014.

CURITIBA. Decreto nº 243 de março de 2016. **Dispõe sobre a criação da Casa da Mulher Brasileira em consonância com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher e o Programa Mulher: Viver Sem Violência;** 2016. Disponível em: <https://legisladoexterno.curitiba.pr.gov.br/AtosConsultaExterna.aspx>. Acesso em 14/05/2022.

DATASENADO; OMV. **Painel da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: https://www.senado.leg.br/institucional/datasetado/paineis_dados/#!/?pesquisa=violencia_domestica_familiar. Acesso em: 20 maio, 2022

D'OLIVEIRA et. al. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na APS: uma revisão sistemática. **Interface** (Botucatu) 24p, 2020.

DUARTE, B. A. R. JUNQUEIRA, M. A. B.; GIULIANI, C. D. Vítimas de Violência: atendimento dos profissionais de enfermagem em Atenção Primária. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 7, n. 3, p. 401-411, 2019.

GARBIN C.A.S. et al. Violência intrafamiliar na rotina do agente comunitário de saúde. **J Health Sci Inst**. v.32, n.4,p.385-9, 2014. Retrieved from <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/04_out-dez/V32_n4_2014_p385a389.pdf>, acesso em 26/02/2020.

GARCIA-MORENO, C. et. al. Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. v. 368 **Lancet**, 2006.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA M.H.M. Atenção Primária à saúde. In: GIOVANELLA L e col. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2012.

GOMES, N. P., & ERDMANN, A. L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado a mulher. **Revista Latino-Americana De Enfermagem**, v.22, n.1, p.76-84, 2014.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p. 287–301, 2005.

GRANJA, E.; MEDRADO, B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 25-34, abr. 2009. FapUNIFESP.

GUIMARÃES R.S. et al. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no contexto da saúde da família. In: WANZINACK C.; SIGNORELLI M.C. **Violência, gênero e diversidade: desafios para educação e o desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Ed. Autografia, 2015.

HASSE M.; VIEIRA E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 482-493, jul-set 2014.

IBGE, **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019**. Disponível em: www.ibge.gov.br . Acesso em 15 jun, 2020.

IPARDES. **CADERNO ESTATÍSTICO** – Município de Paranaguá. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Novembro de 2021. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83200&btOk=ok_Acesso em: 06/11/2021.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D’OLIVEIRA, A.F.P.L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital** – v.12, n.3, p. 237-254, 2012.

KRUG E.G. et. al., eds. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

LEAP – Liderança, Empoderamento, Acesso e Proteção para mulheres migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e refugiadas no Brasil. **Casa da Mulher Brasileira** – Guia de leitura. Facilitador: Fernando Fileno, antropólogo, maio de 2021.

LEONE, E. T.; MAIA, A. G.; BALTAR, P. E. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 59-77, abr, 2010.

LUCCHESI, V.O. et al. Estratégia interprofissional de qualificação de Agentes Comunitários de Saúde: Potencialidades da Fonoaudiologia, Psicologia e Fisioterapia na Atenção Primária em Saúde. **Revista Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.10, n.1/2/3, p.65-76, 2019.

MACHADO, J.C. et. al. Domestic violence as a cross-cutting theme in health professional training. **Research, Society and Development**, v.9, n.7, p. 1-15, 2020.

MAGALHÃES JUNIOR C.A.O.; BATISTA M.C. **Metodologia da pesquisa em educação e ensino de ciências**. 1ª Edição. Maringá. Editora Massoni, 2021.

MENDONÇA C.S et al. Violência na atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, v. 25, n.6, jun, 2020.

MENDES, C. H. F. **Vozes do Silêncio**: estudo etnográfico sobre violência conjugal e fertilidade. 2005. 183 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde da Criança e da Mulher, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

MENDES E.V. **Desafios do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 1 edição, Brasília-DF, 2019.

MINAYO, M. C. S. (Org.) et. al. **Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade**. Petrópolis, RJ. 23ª Edição, Editora Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. 340p.

_____. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 132p.

OMS – Organização Mundial de saúde. **Relatório Mundial sobre a prevenção da Violência 2014**. FAFESP, São Paulo. 2014.

_____. Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra la mujer y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra la mujer. 2021

_____. (2020a). COVID-19 and violence against women: what the health sector/system can do. World Health Organization.

_____. **Family Planning: A Global Handbook for Providers**. Organización Mundial de la Salud y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Nov, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1> .

ONU – Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: A agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. UNIC Rio. 2015.

ONU Mujeres. **COVID-19: Respuesta con igualdad de género en el ámbito laboral**. 2020. <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020/04/ecuadorrespuesta-covid-19-con-igualdad-de-genero-en-el-ambito-laboral>

OPAS – Organización PanAmericana de la Salud. **Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud**. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52496> . Acesso em: 14/05/2022.

PAL, A., *et al.* Effect of COVID-19–Related Lockdown on Intimate Partner Violence in India: An Online Survey-Based Study. **Violence and Gender**. 2021.

PERES E.L. e col. A Notificação de Casos de Violência Doméstica e Sexual Contra a Criança e o adolescente no Paraná: Um Panorama dos Dados do SINAN-NET – Período de 2010 a 2012. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Caderno temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná**. – Curitiba: SESA/SVS, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. **Mapas da UBS do município**. 2022.

_____. **Vigilância Epidemiológica**. 2022.

PRODANOV C.C.; FREITAS E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. D. S. Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública / Ministério Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**, v.19, n.1, p. 27–34, 2003.

REICHENHEIM M.E.; DIAS, A.S.; MORAES, C.L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.4, Ago 2006.

ROCHA P.C.X.; MORAES C.L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Revista Ciência e saúde coletiva**, v.16, n.7, Jul 2011.

RODRIGUES, H. B.; CAVALCANTE, J. H. V. Vivência de escuta qualificada no acolhimento da emergência adulta. SANARE - **Revista De Políticas Públicas**, 14, 2015.

ROESCH, E. *et al.* Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. **BMJ**, 369, m1712, 2020.

ROSARIO L.B. **Perfil dos casos de violência Interpessoal e/ou Autoprovocada no município de Paranaguá de 2015 a 2018**. Monografia UFPR Litoral – Graduação em Administração Pública. 2021. 19p.

SANTOS, S. M. M.; OLIVEIRA, L. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. **Revista Katálysis**, v. 13, n. 1, p. 11-19, jun. 2010. FapUNIFESP.

SARAIVA et.al. Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. **Rev. Ciencia y Enfermería**, vol. XVIII, n. 1, abril, 2012, pg. 17-27, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

SCARANTO C.A.A.; BIAZEVIC M.G.H.; MICHEL-CROSATO E. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.27 n.4, p. 694-705, 2007.

SCHNEIDER, D. **Violência (s), Gênero e Território: Mulheres Trabalhadoras da Segurança Pública no Litoral Paranaense**. - Dissertação. -Instituição: UFPR Litoral – Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável do Paraná. 2015.

SCHRAIBER L.B. et. al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.41, n.5, São Paulo, Out. 2007.

SCOTT, J. Gender: a useful category of historical analysis. **The American Historical Review**, New York, v. 19, n. 5, p. 1053-75, 1986.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SIGNORELLI M.C. **Mudaram as estações.. nada mudou**. Tese (Doutorado). Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. São Paulo, 2011. 194p.

SIGNORELLI M.C.; AUAD D.; PEREIRA P.P.G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na APS: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.29, n.6, jun, 2013.

SIGNORELLI M.C., TAFT A., PEREIRA P.P.G. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. **Ciênc. saúde coletiva**. V.23, n. 1, 93-102, 2018.

SIGNORELLI M, TAFT A, PEREIRA P. Authors' Commentary: Domestic Violence Against Women, Public Policies and Community Health Workers in Brazilian Primary Health Care. **International Quarterly of Community Health Education**, Jul, 2019.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em 23/02/2022.

SOARES, G. N. et. al. Ocorrência de violência intrafamiliar relacionada ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, v. 15, n. 2, p. 44-73, 30 set. 2021.

TRIPP D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.31, n.3, p. 443-466, set/dez, 2005.

UDE W. Enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil e construção de redes sociais: produção de indicadores e possibilidades de intervenção. In: Cunha E.P., Silva E.M., Giovanetti M.A.G.C. organizador. **Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais**. Belo Horizonte (BH): UFMG; 2008. p. 30-61.

UNICEF Brasil. **Impactos Primários e Secundários da Covid-19 em Crianças e Adolescentes** – 2ª rodada. Ibope Inteligência. 2020. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/11996/file/apresentacao_segunda-rodada_pesquisa_impactos-primarios-secundarios-covid-19-criancas-adolescentes.pdf

Acesso em: 31 maio 2022.

VIEIRA E. M, HASSE M. Perceptions of professionals in an intersectorial network about the assistance of women in situation of violence. **Interface (Botucatu)**. 2016.

WANZINACK C. **Violência, território e desenvolvimento: uma proposta de análise dos homicídios do Brasil baseada nos determinantes socioambientais da saúde**. 2018. 181 f. Tese (Doutorado)- Fundação Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2018. Disponível em: https://bu.furb.br/docs/TE/2018/366433_1_1.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

WANZINACK C. *et. al.* Homicídios de mulheres e meninas no estado do Paraná: uma análise territorial retrospectiva de 2014 a 2018. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Territorial Sustentável GUAJU**, Matinhos, v.6, n.2, jul/dez 2020.

World Health Organization (WHO). **Caring for women subjected to violence: A WHO curriculum for training health-care providers**. Geneva, 94p. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/caring-for-women-subject-to-violence/en/> Acesso em 06 de julho. 2020.

WILD K. *et. al.* Responding to violence against women: A qualitative study with midwives in Timor-Leste. **Women and Birth**, v.32, pg. e459–e466, 2019.

WILD K. *et. al.* Security from above and below: A critical ethnography of the health response to violence against women in Timor-Leste. **Social Science & Medicine**, v.260, 2020.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PARTICIPANTES QUE TRABALHAM NA ATENÇÃO À SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL
SUSTENTÁVEL

Apresentação: Prezados (as), somos pesquisadores vinculados ao programa de mestrado em Desenvolvimento Territorial Sustentável da Universidade Federal do Paraná e estamos realizando uma pesquisa no litoral do Paraná com os profissionais da rede intersetorial de serviços que atuam na atenção primária à saúde, com a proposta de analisar a capacitação de profissionais para atendimento de pessoas que sofreram violência doméstica. Tudo bem falar sobre esse assunto com você?

Gostaríamos de convidar você a responder às seguintes perguntas. Algumas pessoas podem se sentir desconfortáveis com esse assunto, especialmente se já tenha passado por experiências de violência, portanto, podemos fazer uma pausa a qualquer momento, ou parar a entrevista se você sentir qualquer incômodo. Se quiser conversar sobre qualquer assunto após a entrevista, sem a gravação, ficamos à disposição.

Dados Pessoais: Nome:
Idade:
Formação/escolaridade:
Função na UBS:
Quanto tempo trabalha na função:

Conhecimentos

1. Você considera a violência doméstica um problema de saúde pública? Por quê?
2. Você já teve alguma experiência de atender família(s) que tenha(m) relatos de algum tipo de violência doméstica (VD)? Com que frequência isso ocorre para você? Que tipos de VD são os mais comuns nesta comunidade?
3. Na sua prática de trabalho na APS, quais membros da família mais sofrem violência doméstica? (se for citada a mulher:) Você considera esses casos como violência ligada ao “ser mulher”?
4. E quem mais frequentemente pratica esses atos de violência? (Cônjuges? Pais? Outros membros da família?).

5. Em sua opinião, o que você acha que desencadeia a violência doméstica? (álcool, drogas, ciúmes, estresse, pobreza, aceitação pela mulher?)
6. Você considera que este problema tem piorado ou melhorado nesta comunidade nos últimos tempos? A pandemia de covid-19 tem afetado isso?
7. O que você sabe sobre a notificação de casos de violência para a vigilância epidemiológica? Isso faz parte de sua rotina? Como são documentados/registrados os casos? E o que você pensa disso (notificação)? Tem sido útil?

Práticas

8. Caso já tenha atendido pessoas em situação de violência doméstica em seu serviço, como foi a identificação do caso? Houve relato do/a paciente? Foi percebido sem o relato? Você perguntou diretamente ou teve que investigar a partir de suspeita?
9. Quão capaz você se sente de oferecer ajuda/cuidado para pessoas em situação de violência em sua comunidade? De que forma ajudado? O que funciona bem e por quê?
10. A quem ou qual serviço você pode encaminhar/referenciar para ajudar essas famílias?
11. Quais são os maiores desafios para lidar com casos de violência doméstica?
12. Sua própria segurança já esteve em risco para ajudar alguma mulher em situação de violência? Como você faz para se manter em segurança?

Recursos

13. Quais recursos/suportes do sistema/rede você dispõe para apoiar mulheres/famílias em situação de VD?
14. Como você acha que deve ser a abordagem dos casos de VD que chegam até a UBS ou que estão no território de abrangência da UBS?
15. O que profissionais da APS/AB precisam para serem capazes de oferecer suporte apropriado às pessoas em situação de VD?
16. Você conhece alguma orientação, políticas, diretrizes ou leis para lidar com casos de VD, no âmbito dos serviços de saúde? Se sim, isso tem sido útil para sua prática?
17. Durante a sua formação (universidade ou curso técnico) a VD foi abordada no conteúdo de aulas ou estágios? Se sim, como foi?
18. Além de sua formação (universidade ou curso técnico), você já recebeu alguma capacitação sobre como abordar a VD com pacientes? Por exemplo, algum curso/capacitação agora que está trabalhando no SUS. Como foi? Essa formação tem sido útil para seu trabalho? O aprendizado foi orientado para a prática?

19. Quais conteúdos e informações você considera mais úteis para apoiar/atender mulheres/famílias em situação de VD? Gestores precisam capacitação?
20. E como essa capacitação deveria ocorrer, em relação ao formato (ex: curso online, oficina presencial, palestras, concentrado em um dia/vários dias, etc?)
21. Quais mudanças/ações você acha que precisam acontecer para diminuir os casos de violência doméstica na sua região de trabalho? Sua unidade precisaria de alguma mudança para manter você, seus colegas e pacientes a salvo?
22. Há mais alguma coisa que você queira falar? Alguma sugestão?

Muito obrigada pela sua participação.

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM
PARTICIPANTES QUE TRABALHAM NA CASA DE MULHER BRASILEIRA
(CMB)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL
SUSTENTÁVEL

Apresentação: Prezados (as), somos pesquisadores vinculados ao programa de mestrado em Desenvolvimento Territorial Sustentável da Universidade Federal do Paraná e estamos realizando uma pesquisa no litoral do Paraná e na Casa da Mulher Brasileira de Curitiba com os profissionais da rede intersetorial de serviços que atuam no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica. Tudo bem falar sobre esse assunto com você?

Gostaríamos de contar com sua participação, respondendo às seguintes perguntas. Algumas pessoas podem se sentir desconfortáveis com esse assunto, inclusive por ter passado por experiências de violência, portanto, podemos fazer uma pausa a qualquer momento, ou parar a entrevista se você sentir qualquer incômodo. Se quiser conversar sobre qualquer assunto após a entrevista, sem a gravação, ficamos à disposição.

Dados Pessoais: Nome:

Idade:

Formação/escolaridade:

Função na CMB:

Quanto tempo trabalha na função:

Conhecimentos

- 1- Você considera a violência doméstica um problema de saúde pública? Por quê?

- 2- Você já teve alguma experiência de atender família(s) que tenha(m) relatos de algum tipo de violência doméstica (VD)? Com que frequência isso ocorre para você? Que tipos de VD são os mais comuns nesta comunidade?

- 3- Na sua prática de trabalho na CMB, quais membros da família mais sofrem violência doméstica? (se for citada a mulher:) Você considera esses casos como violência ligada ao “ser mulher”?
- 4- E quem mais frequentemente pratica esses atos de violência? (Cônjuges? Pais? Outros membros da família?).
- 5- Em sua opinião, o que você acha que desencadeia a violência doméstica? (álcool, drogas, ciúmes, estresse, pobreza, aceitação pela mulher?)
- 6- Você considera que este problema tem piorado ou melhorado nesta comunidade nos últimos tempos? A pandemia de covid-19 tem afetado isso?
- 7- O que você sabe sobre a notificação de casos de violência para a vigilância epidemiológica? Isso faz parte de sua rotina? Como são documentados/registrados os casos? E o que você pensa disso (notificação)? Tem sido útil?

Práticas

- 8- Caso já tenha atendido pessoas em situação de violência doméstica em seu serviço, como foi a identificação do caso? Houve relato do/a paciente? Foi percebido sem o relato? Você perguntou diretamente ou teve que investigar a partir de suspeita?
- 9- Quão capaz você se sente de oferecer ajuda/cuidado para pessoas em situação de violência em sua comunidade? De que forma ajudado? O que funciona bem e por quê?
- 10- A quem ou qual serviço você pode encaminhar/referenciar para ajudar essas famílias?
- 11- Quais são os maiores desafios para lidar com casos de violência doméstica?
- 12- Sua própria segurança já esteve em risco para ajudar alguma mulher em situação de violência? Como você faz para se manter em segurança?

Recursos

13- Quais recursos/suportes do sistema/rede você dispõe para apoiar mulheres/famílias em situação de VD?

14- Como você acha que deve ser a abordagem dos casos de VD que chegam até a UBS ou que estão no território de abrangência da UBS?

15- O que profissionais da APS/AB precisam para serem capazes de oferecer suporte apropriado às pessoas em situação de VD?

16- Você conhece alguma orientação, políticas, diretrizes ou leis para lidar com casos de VD, no âmbito dos serviços de saúde? Se sim, isso tem sido útil para sua prática?

17- Durante a sua formação (universidade ou curso técnico) a VD foi abordada no conteúdo de aulas ou estágios? Se sim, como foi?

18- Além de sua formação (universidade ou curso técnico), você já recebeu alguma capacitação sobre como abordar a VD com pacientes? Por exemplo, algum curso/capacitação agora que está trabalhando no SUS. Como foi? Essa formação tem sido útil para seu trabalho? O aprendizado foi orientado para a prática?

19- Quais conteúdos e informações você considera mais úteis para apoiar/atender mulheres/famílias em situação de VD? Gestores precisam capacitação?

20- E como essa capacitação deveria ocorrer, em relação ao formato (ex: curso online, oficina presencial, palestras, concentrado em um dia/vários dias, etc?)

21- Quais mudanças/ações você acha que precisam acontecer para diminuir os casos de violência doméstica na sua região de trabalho? Sua unidade precisaria de alguma mudança para manter você, seus colegas e pacientes a salvo?

22- Há mais alguma coisa que você queira falar? Alguma sugestão?

Muito obrigada pela sua participação.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O GRUPO FOCAL

CONHECIMENTOS

- 1- Vocês sabiam que a notificação de violência é compulsória?
- 2- Vocês atendem ou já atenderam família(s) que tenha(m) relatos de algum tipo de violência doméstica (VD)? Que tipos de VD são os mais comuns nesta comunidade?
- 3- Nas suas práticas de trabalho na APS, quais membros da família mais sofrem violência doméstica? E quem mais pratica?
- 4- Na opinião de vocês, o que vocês acham que desencadeia a violência doméstica? (álcool, drogas, ciúmes, estresse, pobreza, aceitação pela mulher?)
- 5- Vocês consideram que este problema tem piorado ou melhorado nesta comunidade nos últimos tempos? A pandemia de covid-19 tem afetado isso?

PRÁTICAS

- 6- As mulheres em situação de violência doméstica costumam falar abertamente sobre esse problema com vocês? O que elas costumam dizer?
- 7- Vocês foram capazes de oferecer ajuda/cuidado para pessoas em situação de violência em sua comunidade? Se sim, de que forma? O que funcionou bem e por quê?
- 8- Quais são os maiores desafios para lidar com casos de violência doméstica?
- 9- A segurança de vocês já esteve em risco para ajudar alguma mulher em situação de violência? Como vocês fizeram para se manter em segurança? Receberam algum apoio da gestão?

RECURSOS

10- Como vocês acham que deve ser a abordagem dos casos de VD que chegam até a UBS ou que estão no território de abrangência da UBS?

11- Vocês conhecem alguma orientação, políticas, diretrizes ou leis para lidar com casos de violência doméstica, no âmbito dos serviços de saúde? Se sim, isso tem sido útil para sua prática?

12- Durante a sua formação (universidade ou curso técnico) a VD foi abordada no conteúdo de aulas ou estágios? Se sim, como foi?

13- Além de sua formação (universidade ou curso técnico), vocês já receberam alguma capacitação sobre como abordar a VD com o paciente? Por exemplo, algum curso/capacitação agora que está trabalhando no SUS. Como foi? Essa formação tem sido útil para seu trabalho? O aprendizado foi orientado para a prática?

14- Quais conteúdos e informações vocês consideram mais úteis para apoiar mulheres/famílias em situação de VD? E como essa capacitação deveria ocorrer, em relação ao formato (ex: curso online, oficina presencial, palestras, concentrado em um dia/vários dias, etc?)

15- Quais mudanças/ações vocês acham que precisam acontecer para diminuir os casos de violência doméstica na sua região de trabalho?

Muito obrigada pela participação!

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APS

Nós, professor Clóvis Wanzinack (Administração Pública - docente da UFPR Litoral), professor Marcos Claudio Signorelli (Saúde Coletiva- docente UFPR Litoral), a fonoaudióloga Vanessa de Oliveira Lucchesi (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), Mirian Gomes de Souza (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), a professora Tainá Ribas Mélo (Saúde Coletiva-docente da UFPR Litoral)– da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, **funcionários e colaboradores da atenção primária à saúde** que compõem a rede intersetorial de atenção à violência das prefeituras das cidades do litoral do Paraná; a participar de um estudo intitulado “Capacitação de profissionais da APS para responder à violência doméstica: um estudo qualitativo pra subsidiar a formação”. Com esta pesquisa espera-se conhecer as ações realizadas em rede no Litoral do Paraná acerca da violência doméstica e contra a mulher e qualificá-las para melhor resolução e encaminhamentos. Investigando especificamente as ações na rede de atenção em saúde dos municípios do litoral do Paraná, pretende-se obter dados que fomentem a criação e fortalecimento de políticas públicas que protejam essa população.

a) O objetivo desta pesquisa é: Investigar a formação de profissionais da atenção primária à saúde do município de Paranaguá – Paraná, no enfrentamento à violência doméstica, levantando suas demandas e agregando seus saberes com os de profissionais especializados da rede intersetorial, para subsidiar a elaboração de uma proposta de capacitação profissional para a APS.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário:

- Responder um questionário, com duração média de 15 a 20 minutos, onde serão perguntados dados sobre você e sua experiência profissional, além de perguntas acerca da capacitação de profissionais para atendimento de pessoas que sofreram violência doméstica.

c) Para tanto você deverá responder a mesma de forma *online*, ou no seu local de trabalho, o que levará aproximadamente 15 a 20 minutos e será gravada com uso de aplicativo de celular.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a entrevista, especialmente em virtude da violência ser um tema sensível.

e) Todas as perguntas encontram-se em formulário impresso e *online*, os quais serão armazenados pelo pesquisador responsável, com login e senha de maneira a proteger os dados e manter confidencialidade.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são que as perguntas orientam sobre aspectos importantes do atendimento a pessoas que sofreram violência. Este estudo também contribuirá para investigar em que medida as políticas públicas de prevenção e minimização da violência estão sendo efetivamente implementadas nas redes de saúde e segurança pública na territorialidade do Litoral do Paraná, e se performam abordagem interprofissional e intersetorial, conforme preconizado nas referidas políticas.

g) O pesquisador professor Clóvis Wanzinack, responsável por este estudo, poderá ser localizado no endereço: Rua Jaguariaíva, Tv. Caiobá, 512, Matinhos - PR, 83260-000, gabinete 06, cloviswa@gmail.com, tel 41 3511-8300, no horário [14: as 16:00] para esclarecer eventuais dúvidas que [o senhor | a senhora | você] possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]

Orientador [rubrica]

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se [o senhor | a senhora | você] não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: professor Clóvis Wanzinack (Administração Pública - docente da UFPR Litoral), professor Marcos Claudio Signorelli (Saúde Coletiva- docente UFPR Litoral), a fonoaudióloga Vanessa de Oliveira Lucchesi (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), Mirian Gomes de Souza (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), a professora Tainá Ribas Mélo (Saúde Coletiva-docente da UFPR Litoral)– da Universidade Federal do Paraná. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

j) O material obtido – amostras biológicas, questionários, imagens e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e [o senhor | a senhora | você] não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) O [senhor | A senhora | Você] ao participar o estudo pode lembrar de momentos difíceis de sua profissão tendo sentimentos negativos. Caso isso ocorra, terá a garantia de que problemas como algum desconforto durante a realização de entrevista, especialmente em virtude da violência ser um tema sensível, serão tratados por uma psicóloga da rede municipal de saúde (SUS) de Paranaguá que estará disponível para atendimento gratuito, sempre que se fizer necessário.

m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item L.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Local, ___ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CMB

Nós, professor Clóvis Wanzinack (Administração Pública - docente da UFPR Litoral), professor Marcos Claudio Signorelli (Saúde Coletiva- docente UFPR Litoral), a fonoaudióloga Vanessa de Oliveira Lucchesi (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), Mirian Gomes de Souza (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), a professora Tainá Ribas Mélo (Saúde Coletiva-docente da UFPR Litoral)– da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, **funcionários e colaboradores da Casa da Mulher Brasileira sediada em Curitiba – Paraná**, a participar de um estudo intitulado “Capacitação de profissionais da APS para responder à violência doméstica: um estudo qualitativo pra subsidiar a formação”. Com esta pesquisa espera-se conhecer as ações realizadas na rede intersetorial acerca da violência doméstica e contra a mulher e qualificá-las para melhor resolução e encaminhamentos. Investigando especificamente as ações na rede de atenção em saúde de Curitiba e dos municípios do litoral do Paraná, pretende-se obter dados que fomentem a criação e fortalecimento de políticas públicas que protejam essa população.

a) O objetivo desta pesquisa é: Investigar a formação de profissionais da atenção primária à saúde do município de Paranaguá – Paraná, no enfrentamento à violência doméstica, levantando suas demandas e agregando seus saberes com os de profissionais especializados da rede intersetorial, para subsidiar a elaboração de uma proposta de capacitação profissional para a APS.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário:

- Responder um questionário, com duração média de 15 a 20 minutos, onde serão perguntados dados sobre você e sua experiência profissional, além de perguntas acerca da capacitação de profissionais para atendimento de pessoas que sofreram violência doméstica.

c) Para tanto você deverá responder a mesma de forma *online*, ou no seu local de trabalho, o que levará aproximadamente 15 a 20 minutos e será gravada com uso de aplicativo de celular.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a entrevista, especialmente em virtude da violência ser um tema sensível.

e) Todas as perguntas encontram-se em formulário impresso e *online*, os quais serão armazenados pelo pesquisador responsável, com login e senha de maneira a proteger os dados e manter confidencialidade.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são que as perguntas orientam sobre aspectos importantes do atendimento a pessoas que sofreram violência. Este estudo também contribuirá para investigar em que medida as políticas públicas de prevenção e minimização da violência estão sendo efetivamente implementadas nas redes de saúde e segurança pública na territorialidade do Litoral do Paraná, e se performam abordagem interprofissional e intersetorial, conforme preconizado nas referidas políticas.

g) O pesquisador professor Clóvis Wanzinack, responsável por este estudo, poderá ser localizado no endereço: Rua Jaguariaíva, Tv. Caiobá, 512, Matinhos - PR, 83260-000, gabinete 06, cloviswa@gmail.com, tel 41 3511-8300, no horário [14: as 16:00] para esclarecer eventuais dúvidas que [o senhor | a senhora | você] possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]

Orientador [rubrica]

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se [o senhor | a senhora | você] não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: professor Clóvis Wanzinack (Administração Pública - docente da UFPR Litoral), professor Marcos Claudio Signorelli (Saúde Coletiva- docente UFPR Litoral), a fonoaudióloga Vanessa de Oliveira Lucchesi (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), Mirian Gomes de Souza (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), a professora Tainá Ribas Mélo (Saúde Coletiva-docente da UFPR Litoral)– da Universidade Federal do Paraná. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

j) O material obtido – amostras biológicas, questionários, imagens e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e [o senhor | a senhora | você] não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) O senhor | A senhora | Você] ao participar o estudo pode lembrar de momentos difíceis de sua profissão tendo sentimentos negativos. Caso isso ocorra, terá a garantia de que problemas como algum desconforto durante a realização de entrevista, especialmente em virtude da violência ser um tema sensível, serão tratados por uma psicóloga da rede municipal de saúde (SUS) de Paranaguá estará disponível para atendimento gratuito, sempre que se fizer necessário.

m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item L.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Local, ___ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GRUPO FOCAL

Nós, professor Clóvis Wanzinack (Administração Pública - docente da UFPR Litoral), professor Marcos Claudio Signorelli (Saúde Coletiva- docente UFPR Litoral), a fonoaudióloga Vanessa de Oliveira Lucchesi (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), Mirian Gomes de Souza (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), a professora Tainá Ribas Mélo (Saúde Coletiva-docente da UFPR Litoral)– da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, **funcionários e colaboradores da atenção primária à saúde** que compõem a rede intersetorial de atenção à violência das prefeituras das cidades do litoral do Paraná; a participar de um estudo intitulado “Capacitação de profissionais da APS para responder à violência doméstica: um estudo qualitativo para subsidiar a formação”. Com esta pesquisa espera-se conhecer as ações realizadas em rede no Litoral do Paraná acerca da violência doméstica e contra a mulher e qualificá-las para melhor resolução e encaminhamentos. Investigando especificamente as ações na rede de atenção em saúde dos municípios do litoral do Paraná, pretende-se obter dados que fomentem a criação e fortalecimento de políticas públicas que protejam essa população.

a) O objetivo desta pesquisa é: Investigar a formação de profissionais da atenção primária à saúde do município de Paranaguá – Paraná, no enfrentamento à violência doméstica, levantando suas demandas e agregando seus saberes com os de profissionais especializados da rede intersetorial, para subsidiar a elaboração de uma proposta de capacitação profissional para a APS.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário:

- Participar de um grupo focal, com duração média de 60 a 90 minutos, onde serão perguntados dados sobre sua experiência profissional com atendimento de pessoas que sofreram violência doméstica.

c) Para tanto você participará do grupo focal no seu local de trabalho, num local apropriado, respeitando o uso de máscaras e o distanciamento social e com autorização para ser gravado com uso de aplicativo de celular.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a entrevista, especialmente em virtude da violência ser um tema sensível.

e) Todas as perguntas encontram-se em formulário impresso e *online*, os quais serão armazenados pelo pesquisador responsável, com login e senha de maneira a proteger os dados e manter confidencialidade.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são que as perguntas orientam sobre aspectos importantes do atendimento a pessoas que sofreram violência. Este estudo também contribuirá para investigar em que medida as políticas públicas de prevenção e minimização da violência estão sendo efetivamente implementadas nas redes de saúde e segurança pública na territorialidade do Litoral do Paraná, e se performam abordagem interprofissional e intersetorial, conforme preconizado nas referidas políticas.

g) O pesquisador professor Clóvis Wanzinack, responsável por este estudo, poderá ser localizado no endereço: Rua Jaguariaíva, Tv. Caiobá, 512, Matinhos - PR, 83260-000, gabinete 06, cloviswa@gmail.com, tel 41 3511-8300, no horário [14: as 16:00] para esclarecer eventuais dúvidas que [o senhor | a senhora | você] possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]

Orientador [rubrica]

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se [o senhor | a senhora | você] não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: professor Clóvis Wanzinack (Administração Pública - docente da UFPR Litoral), professor Marcos Cláudio Signorelli (Saúde Coletiva- docente UFPR Litoral), a fonoaudióloga Vanessa de Oliveira Lucchesi (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), Mirian Gomes de Souza (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), a professora Tainá Ribas Mélo (Saúde Coletiva-docente da UFPR Litoral)– da Universidade Federal do

Paraná. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

j) O material obtido – amostras biológicas, questionários, imagens e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e [o senhor | a senhora | você] não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) O senhor | A senhora | Você] ao participar o estudo pode lembrar de momentos difíceis de sua profissão tendo sentimentos negativos. Caso isso ocorra, terá a garantia de que problemas como algum desconforto durante a realização de entrevista, especialmente em virtude da violência ser um tema sensível, serão tratados por uma psicóloga da rede municipal de saúde (SUS) de Paranaguá que estará disponível para atendimento gratuito, sempre que se fizer necessário.

m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item L.

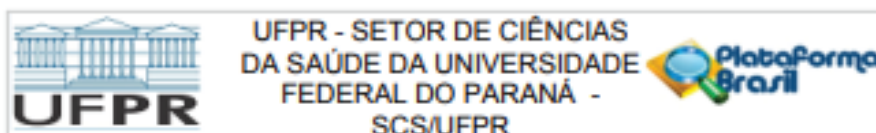
Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Local, ____ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO CEP/UFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Redes de atenção à violência nos municípios do Litoral do Paraná

Pesquisador: Clóvis Wanzinack

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37258620.7.0000.0102

Instituição Proponente: Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.433.836

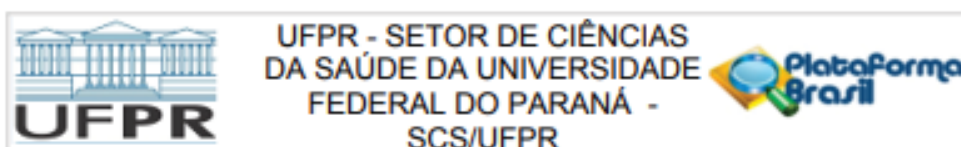
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um amplo projeto, oriundo do Setor Litoral, sob responsabilidade do Prof. Clóvis Wanzinack e colaboradores Marcos Claudio Signorelli, Vanessa de Oliveira Lucchesi, Mirian Gomes de Souza, Tainá Ribas Méto, com coleta de dados por meio de entrevistas, grupos focais, observações naturalísticas e aplicação de questionários. O projeto também envolve formação de profissionais da rede de proteção à crianças e mulheres. A coleta de dados ocorrerá predominantemente com profissionais de Paranaguá, porém poderá envolver também usuários da rede de proteção do município.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo analisar as políticas públicas de enfrentamento à violência no litoral do Paraná, assim como investigar as ações das redes de atenção, no que tange a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Segurança, assim como outras eventuais instituições que tenham em seu escopo Políticas Públicas de erradicação da violência entre os grupos mais vulneráveis. Caracterizar as ações das redes de atenção à saúde acerca da violência no litoral do Paraná, bem como investigar e disseminar as ações de formação de profissionais de saúde.- Analisar o trabalho de profissionais e das instituições de Segurança Pública que atendem casos de violência, assim como a formação e capacitação de seus agentes.- Mapear e avaliar estratégias intersetoriais da rede de prevenção à violência, bem como fomentar o conhecimento das equipes interprofissionais sobre atenção às pessoas em situação de violência.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.433.836

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa envolve riscos mínimos: lembranças negativas diante de perguntas realizadas pela equipe de pesquisa ao(s) participante(s) e identificação de algum participante quando forem publicados os dados. Contudo, os benefícios superam os riscos, uma vez que o projeto pode gerar informações para melhoria no atendimento à população quanto a prevenção e intervenção diante de casos de violência doméstica e contra a mulher. Ademais, estão planejadas ações de formação à equipe da rede de enfrentamento à violência. Por fim, as entrevistas e grupos focais podem se constituir em um momento de escuta atenta, permitindo a quem sofra ou sofreu violência de ser acolhido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa original e revelante socialmente, com ampla coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados. Folha de rosto devidamente assinada, TCLE específico para cada participante de pesquisa, questionários e roteiro de entrevistas incluídos no protocolo e riscos mencionados no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número do Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retornaremos à obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos.

Qualquer dúvida, retornar e-mail ou pelo WhatsApp 41-3360-7259.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 4.433.836

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1533580.pdf	26/10/2020 20:04:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SP.docx	26/10/2020 20:04:03	Clóvis Wanzinack	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_APS.docx	26/10/2020 19:11:17	Clóvis Wanzinack	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupo_focal.docx	26/10/2020 19:11:05	Clóvis Wanzinack	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CMB.docx	26/10/2020 19:10:47	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	Carta_Adequacoes_Parecer.docx	23/10/2020 11:36:50	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_APS.docx	23/10/2020 11:13:03	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_grupo_focal.docx	23/10/2020 11:12:37	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_CMB.docx	23/10/2020 11:12:09	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_SP.docx	23/10/2020 11:11:30	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	ConcordanciaInstituicaoCoparticipante2.pdf	01/09/2020 18:52:24	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	checklist.pdf	01/09/2020 12:28:32	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	Concordanciadosservicosenvolvidos.pdf	01/09/2020 12:26:36	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	ConcordanciaInstituicaoCoparticipante1.pdf	31/08/2020 22:12:48	Clóvis Wanzinack	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	31/08/2020 14:13:18	Clóvis Wanzinack	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	28/08/2020 16:21:49	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	DeclaracaoCompromissosEquipe.pdf	28/08/2020	Clóvis Wanzinack	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

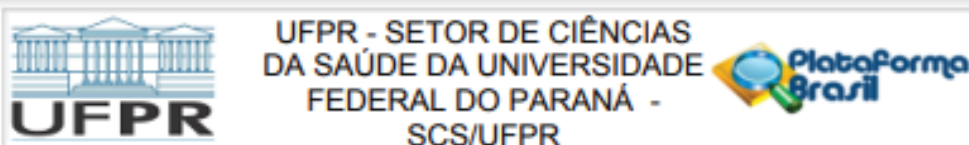
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

Continuação do Parecer: 4.433.836

Outros	DeclaracaoCompromissosEquipe.pdf	15:48:58	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	CartaCEP.pdf	28/08/2020 14:50:09	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	AnaliseMerito.pdf	26/08/2020 20:44:41	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	AtaDeAprovacao.pdf	26/08/2020 20:43:57	Clóvis Wanzinack	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	26/08/2020 15:13:38	Clóvis Wanzinack	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 02 de Dezembro de 2020

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** comeca.saude@ufpr.br