



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO**

CRISLANE ISABELA FERREIRA DA SILVA

**A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA E OS
DESAFIOS DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Salvador
2022

CRISLANE ISABELA FERREIRA DA SILVA

**A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA E OS
DESAFIOS DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em serviço social – PPGSSS da universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social, Trabalho e Diversidade Humana.

Linha de Pesquisa: Teoria Social, Trabalho e Serviço Social

Orientadora: Prof.^a Dr^a Marcia Santana Tavares

Salvador
2022

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S586 Silva, Crislane Isabela Ferreira da
A notificação compulsória de violência e os desafios dos serviços da atenção básica /
Crislane Isabela Ferreira da Silva, 2022.
152 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marcia Santana Tavares
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e
Ciências Humanas, Salvador, 2022.

1. Violência – Aspectos sociais. 2. Profissionais – Saúde. 3. Cuidados primários de
saúde. I. Tavares, Marcia Santana. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia
e Ciências Humanas. III. Título.

CDD: 303.6



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - PPGSS
MESTRADO ACADEMICO



TERMO DE APROVAÇÃO

“A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E OS DESAFIOS IMPOSTOS AOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA”

Crislane Isabela Ferreira da Silva

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Márcia Santana Tavares (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.^a Dr.^a Heleni Duarte Dantas de Ávila
Universidade Federal do Recôncavo Baiano - UFRB

Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador, 22 de fevereiro de 2022.

Dou fé.

Prof.^a Dr.^a Márcia Santana Tavares

Dedico minhas reflexões para os profissionais que acreditam na justiça e trabalham diariamente na busca por um mundo melhor para todos, livre da violência, do racismo, da fome, e tantas outras mazelas que afligem a humanidade.

AGRADECIMENTOS

Sou grata ao universo por me proporcionar as oportunidades para a concretização dessa conquista.

Sou grata pelos meus pais Antônio e Josélia, que estão sempre presentes e dispostos para me apoiar

Sou grata pelos companheirismos das minhas irmãs Katia Quelle e Camila Naiara, que estão sempre dispostas a me auxiliar nas minhas empreitadas pessoais e profissionais.

Sou grata ao meu companheiro George pelo apoio financeiro, sem o qual não teria sido possível a realização dessa conquista.

Sou grata pela amizade e pela parceria, das amigas do programa de residência Indira Ramos e Lorena Dourado na árdua caminhada do ser residente, e ao estímulo para que eu me dedicasse ao tema de pesquisa.

Sou grata pelos ensinamentos das preceptoras Ninna Beatriz, Ana Paula e Janaina, durante o programa de residência em saúde da família, pelas orientações e incentivo no desenvolvimento projeto de intervenção na residência que originou a semente do meu projeto de mestrado.

A tutora de núcleo Patrícia Freitas pelas orientações na condução de meu trabalho de conclusão de curso da residência que culminou no meu projeto para ingressar no programa do mestrado.

Sou grata por minha orientadora Marcia Tavares, pela orientação, pelo acolhimento, e por me conduzir no aprofundamento do mundo da pesquisa, e por tecer sempre considerações construtivas sobre o meu trabalho que me deu segurança para finalizar meu texto.

Por fim sou grata a todos que alguma forma direta ou indiretamente contribuíram para a realização dessa conquista.

Será que a violência tornou-se tão banal, tão corriqueira, de forma que a vida de todos não tenha tanta importância assim? Que o direito à vida, tão preconizado nas sociedades ocidentais cristãs, não tem mais contrapartida no real? Que dignidade e o respeito ao outro já não se constituem mais valores universais compartilhados por todos? Que a sociedade perdeu a capacidade de indignar-se e de reagir aos desmandos? Que as vidas das pessoas têm sido alteradas pela forma como a violência vem se manifestando, impondo novos ritmos e caminhos, modificando, sobremaneira, a vida cotidiana?

Bairerl (2004, p. 23).

SILVA, Crislane Isabela Ferreira da. **A notificação compulsória de violência e os desafios dos serviços da atenção básica**. Orientadora: Márcia Santana Tavares. 2022. 160 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

RESUMO

A violência é uma questão de saúde pública, e para dimensionar esse agravo o Ministério da Saúde preconiza a notificação compulsória de violência. Esta atua como meio de controle epidemiológico, sendo um mecanismo fundamental para a vigilância epidemiológica e a definição de políticas públicas de prevenção e intervenção. No entanto, os serviços de saúde vivenciam o fenômeno da subnotificação das situações de violências, especialmente os estabelecimentos da Atenção Básica à Saúde. O presente estudo investigou os desafios enfrentados pelos profissionais desses serviços, objetivando conhecer as dificuldades que levam aos baixos números de notificações desse setor em comparação aos demais estabelecimentos que compõem o sistema de saúde. Para desvelar essa problemática empreendeu-se uma pesquisa bibliográfica mediada por uma revisão integrativa de literatura de natureza qualitativa e caráter exploratório buscando responder à pergunta: “Que entraves influem o baixo número de notificação compulsória de violência nos serviços da atenção básica à saúde/atenção primária à saúde?”. O levantamento dos estudos foi efetivado no catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Foram localizadas 12 dissertações para análise, após o levantamento dos estudos foi empreendida inúmeras leituras do material e o preenchimento de um instrumento de coleta de dados para consolidação dos achados da investigação com base na análise de conteúdo de Bardin. As pesquisas analisadas objetivaram compreender o fenômeno da notificação de violência no cotidiano dos serviços de atenção básica. Com isso foi possível inferir mediante análises desses estudos que há um padrão com vistas à generalização do cotidiano desses serviços que leva à não notificação compulsória de violência. Emergindo quatro categorias macro de análise que consolidaram o debate nesse estudo: a Formação em saúde, a Intersetorialidade, o Medo e a Precarização do trabalho. A pesquisa mostrou o quão complexo é refletir sobre a temática de não notificação da violência e dos desafios que se apresentam nesse cenário. Essa análise serve para pensar essas dimensões na tentativa de progredir nesse debate, refletindo como essas questões afetam esse processo.

Palavras-Chaves: Notificação de violência – Profissionais de saúde – Atenção Básica – Atenção primária.

SILVA, Crislane Isabela Ferreira da. **The compulsory notification of violence and the challenges for primary care services**. Thesis advisor: Márcia Santana Tavares. 2022. 160 s. Dissertation (Master in em Social Service) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

ABSTRACT

A violência é uma questão de saúde pública, e para dimensionar esse agravo o ministério da saúde preconiza a notificação compulsória de violência. Esta atua como meio de controle epidemiológico, sendo um mecanismo fundamental para a vigilância epidemiológica e a definição de políticas públicas de prevenção e intervenção. No entanto, os serviços de saúde vivenciam o fenômeno da subnotificação das situações de violências, especialmente os estabelecimentos da Atenção Básica à Saúde. O presente estudo investigou os desafios enfrentados pelos profissionais desses serviços, objetivando conhecer as dificuldades que levam aos baixos números de notificações desse setor em comparação aos demais estabelecimentos que compõem o sistema de saúde. Para desvelar essa problemática empreendeu-se uma pesquisa bibliográfica mediada por uma revisão integrativa de literatura de natureza qualitativa e caráter exploratório buscando responder à pergunta: “Que entraves influem o baixo número de notificação compulsória de violência nos serviços da atenção básica à saúde/ atenção primária à saúde?”. O levantamento dos estudos foi efetivado no catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Foram localizadas 12 dissertações para análise, após o levantamento dos estudos foi empreendida inúmeras leituras do material e o preenchimento de um instrumento de coleta de dados para consolidação dos achados da investigação com base na análise de conteúdo de Bardin. As pesquisas analisadas objetivaram compreender o fenômeno da notificação de violência no cotidiano dos serviços de atenção básica. Com isso foi possível inferir mediante análises desses estudos que há um padrão com vistas à generalização do cotidiano desses serviços que leva à não notificação compulsória de violência. Emergindo quatro categorias macro de análise que consolidaram o debate nesse estudo: a Formação em saúde, a Intersetorialidade, o Medo e a Precarização do trabalho. A pesquisa mostrou o quão é complexo refletir sobre a temática de não notificação da violência e dos desafios que se apresentam nesse cenário, essa análise é pra pensar essas dimensões na tentativa de progredir nesse debate refletindo como essas questões afetam esse processo.

Keywords: Violence reporting – Healthcare professionals – Basic healthcare – Primary healthcare

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Representação gráfica do operador booleano AND- Descritores Notificação compulsória de violência AND Profissionais de Saúde AND Atenção Básica.....
Figura 2	Representação gráfica do operador booleano AND - Descritores Notificação compulsória de violência AND Profissionais de Saúde AND Atenção primária.....
Figura 3	Mapa conceitual para leitura dos títulos.....
Quadro 1	Dissertações encontradas na base de dados a partir dos descritores principais.....
Quadro 2	Critérios de Inclusão e Exclusão dos estudos.....
Quadro 3	Identificação dos estudos selecionados.....
Quadro 4	Levantamento de temáticas dos estudos selecionados.....
Quadro 5	Levantamento das ocorrências.....
Quadro 6	Categorização dos estudos selecionados.....
Quadro 7	Apresentação dos estudos selecionados.....
Quadro 8	Objetivos e resultados dos estudos.....

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças e Agravos
DSSCV	Distrito Sanitário São Caetano/Valéria
ESF	Estratégias de Saúde da Família
LGBTTS	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PERMUSF	Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violências
PNAISLGBTT	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta
PSF	Programa de Saúde da Família

PNAB

RAS

SUS

Política Nacional de Atenção Básica

Rede de Atenção à Saúde

Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 2. REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1. Violência – um fenômeno sócio-histórico	21
2.2. Violência e Saúde	26
2.3. A violência na agenda da saúde pública brasileira	29
2.4. A notificação compulsória de violência	35
2.5. ATENÇÃO BÁSICA – A atenção integral a saúde	40
3. CAPÍTULO 2. PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
3.1. O método – Revisão Integrativa de Literatura.....	46
3.2. Os caminhos da revisão integrativa	48
3.2.1. Etapa 1: Identificação do tema e construção da questão de pesquisa.....	49
3.2.2. Etapa 2: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão	60
3.2.3. Etapa 3: Identificação dos estudos pré-selecionados.....	65
3.2.4. Etapa 4: Categorização dos estudos selecionados	70
4. CAPÍTULO 3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS	79
4.1. Etapa 5: Análise e interpretação dos resultados	79
5. CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....	87
5.1. 6ª. Etapa: Apresentação da revisão/ síntese do conhecimento.....	88
6. CAPÍTULO 5. APONTAMENTOS PARA CONTINUIDADE DO DEBATE	115
6.1. A formação em saúde e seus impactos no conhecimento sobre a violência	115
6.2. A incompreensão da intersetorialidade e sua repercussão na notificação .	119
6.3. Medo -A interferência da subjetividade no ato de notificar	123
6.4. A precarização do trabalho e sua ressonância no ato de notificar	130
CONSIDERAÇÕES FINAS.....	134
REFERÊNCIAS	138
APÊNDICE.....	153

1 INTRODUÇÃO

“A saúde já fala sobre tanta coisa [...] deixa isso pra polícia.¹ Aliás a Justiça já trabalha tanto esse tema e não resolve muita coisa, né? Mas eu acho que essa é a função deles mesmo, da Segurança Pública... Essas áreas criminais de justiça mesmo. O que é que a gente ia poder fazer né” (Cirurgião-Dentista 14).

“Eu acho que isso é mais um caso policial. A saúde não tem como ajudar muito nisso não.” (Enfermeira – 47).

“Um profissional de saúde não pode cuidar de uma coisa que é dever de um juiz, de um promotor, dessas pessoas que trabalham com a parte de Direito, sabe? Da mesma forma que um profissional da área da justiça não pode fazer uma cirurgia em ninguém. A gente precisa respeitar o campo de atuação de cada um se não vira uma bagunça e ninguém faz nada.” (Médico – 12).

(SILVA, 2012 p. 111).

“Essa casuísta não aparece em UBASF” (Médico – 09)²

“Talvez essa não seja a melhor saída, o acúmulo de notificações sem resolução não iria adiantar de nada, não sei muito sobre o assunto, mas acho que devem existir outras maneiras de resolver esse problema social.” (Enfermeiro – 92).

“Culturalmente ainda se aceita algum tipo de violência (palmada); como diferenciar miséria de negligência? Trabalho numa área muito pobre, pessoas com baixo nível de educação (estudo mesmo); medo da violência (ameaças) quando se denuncia; não temos retorno dos órgãos responsáveis (o que é feito com aquele caso?); muita politicagem no conselho tutelar. Será que realmente a notificação faz diferença para a vida daquelas crianças?” (Médico – 20).

(LUNA, 2007 p. 61).

O presente texto constitui minha dissertação de mestrado. O desejo em investigar os dilemas que permeiam a notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos serviços de Atenção Básica emergiu durante o percurso da residência no Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família (PERMUSF) da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (ESSP), turma 2 (2017/2019). Durante a residência estive lotada no município de Salvador – Bahia, nas Unidades de Saúde da Família (USFs): Boa Vista do Lobato e Jaqueira do Carneiro, do Distrito Sanitário são Caetano/Valéria (DSSCV), serviços da atenção básica.

¹ Trechos de entrevistas dos profissionais de saúde entrevistados extraídos da Dissertação de Silva (2012): Entre as amarras do medo e do dever socio-sanitário: Notificação da violência contra crianças e Adolescentes sob a perspectiva de rede na Atenção Básica.

² Trechos de entrevistas dos profissionais de saúde entrevistados extraídos da Dissertação de Luna (2007): Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família – Fortaleza-CE.

Ao longo do percurso da residência nesses equipamentos foi possível notar inúmeras dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com as situações de violência que surgiam durante os atendimentos à população usuária dos serviços. Deficiências percebidas tanto no sentido de identificar que determinados processos de adoecimento eram visivelmente oriundos de situações de violência, como em realizar os devidos encaminhamentos das situações explícitas pelos pacientes durante os atendimentos.

Percebi no cotidiano dos serviços (USF/BVL e USF/JC) que as dificuldades de entendimento sobre a notificação perpassavam desde o preenchimento do documento até o seu encaminhamento, transcorrendo pelo despreparo para ofertar uma atenção diferenciada no atendimento, assim também como o receio em notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência por parte dos profissionais que não se sentiam seguros em seus locais de trabalho. Além disso, existia a dificuldade de identificar se o paciente estava vivenciando ou não uma situação de violência.

Como por exemplo, as violências físicas e psicológicas expostas durante as consultas, especialmente as que acometiam crianças, adolescentes e mulheres. Assim como as situações de abandono, negligência e violência patrimonial que acometiam as pessoas idosas e deficientes desse território. Era visível o desconforto dos profissionais em terem que lidar com as questões pertinentes às violências.

Coincidentemente durante o ano de 2018, os profissionais inseridos na vigilância epidemiológica do município realizaram um treinamento sobre o preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada para profissionais dos Distritos Sanitários. Durante a oficina foi apresentado um dado que chamou a atenção dos presentes: o baixo número de notificações compulsórias de violência nos serviços de saúde da atenção básica.

No dado apresentado acerca do número de notificações da violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a unidade notificadora de residente de Salvador, apenas 32 unidades concentravam 93% das notificações realizadas do período de 2009 a 2018. Todas essas unidades compunham os serviços de média e alta complexidade, assim como os serviços de referências de atendimento.

Ao apresentar os dados desagregados por Distrito o DSSCV representou apenas 8,5% das notificações desse período, tendo nos seus serviços de atenção básica os piores números, alguns desses serviços não apresentavam nenhum registro de notificação, como foi o caso de uma das unidades de saúde em que estava lotada.

Outro dado apresentado durante a oficina foi um levantamento junto aos profissionais dos serviços de atenção básica, sobre as alegações para não notificar. Os principais argumentos apresentados por esses trabalhadores foram: desconhecimento da obrigatoriedade da notificação; não ter participado de treinamento sobre a notificação; inexistência da ficha na unidade; excesso de demandas; ficha extensa; medo de represálias, de agressões por parte do agressor, da família; desconhecimento sobre a diferença entre a notificação da violência e comunicação externa; desconhecimento sobre os dados a partir da notificação poder contribuir na implementação das políticas de enfrentamento à violência.

Foi essa experiência que me causou a inquietude de me aprofundar no estudo dessa problemática: a interface da violência no campo da atenção à saúde nos serviços de atenção básica. Foi perceptível em minha vivência o desafio colocado aos profissionais diante de situações complexas como a violência que se apresentam no cotidiano desses serviços. Este estudo, portanto, é resultado dessa vivência e das reflexões que essas experiências provocaram em mim durante esses dois anos de especialização.

A fim de investigar essa problemática empreende-se um estudo investigativo norteado por uma pesquisa bibliográfica baseada numa revisão integrativa de literatura de natureza qualitativa e caráter exploratório que me possibilitou familiarizar-me com os fenômenos investigados podendo assim determinar os impasses e os bloqueios presentes no fenômeno da subnotificação de violência nos serviços de Atenção Básica à Saúde.

O estudo propõe-se a investigar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde com a notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos serviços de atenção básica. A notificação é obrigatória e constitui-se num instrumento fundamental para o conhecimento e dimensionamento das situações de violência vivenciada pelos usuários dos serviços, possibilitando a realização de ações para a prevenção do problema e seus agravos.

A notificação de violência atua como meio de controle epidemiológico, sendo um mecanismo fundamental para a vigilância epidemiológica e a definição de políticas públicas de prevenção e intervenção. Para o setor da Saúde, a notificação compulsória consiste na comunicação obrigatória à autoridade sanitária da ocorrência de determinada doença, agravo à saúde ou surto, que deve ser feita por profissional de saúde ou por qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de intervenção pertinentes (BRASIL, 2008b).

Enquanto ferramenta eficaz de política pública, a notificação insere-se como uma das “estratégias primordiais, no âmbito das ações contra a violência, contribuindo para o seu dimensionamento e assegurando a implementação de políticas públicas de vigilância e assistência às vítimas” (BRASIL, 2011, n.p.). Diante do exposto, a não notificação de violência – subnotificação – é um problema grave, sobretudo, quando se sabe que as ações e políticas públicas para o enfrentamento da questão têm como base os dados epidemiológicos. A não notificação ao se revelar como uma realidade pouco ou mal conhecida, acaba por configurar-se invisível, operando, em nível estrutural, como mais uma forma de violência à população usuária dos serviços de saúde. Diante do exposto o presente trabalho busca traçar brevemente como se dá esse contexto em torno da violência e da notificação.

Assim sendo, a dissertação está estruturada da seguinte forma: na Introdução aponto as razões que motivaram a escolha do tema da pesquisa, compartilho algumas inquietações e reflexões que nortearam os caminhos da pesquisa. No primeiro capítulo o referencial teórico vai se debruçar na discussão sobre a violência como um fenômeno histórico e social e como a violência se torna uma questão de saúde pública, a partir dos estudos de Minayo (1990, 1994, 2003 2005, 2006, 2007; 2012, 2013), tentando sintetizar as contribuições aprofundadas e discutidas em seus trabalhos.

Como apontado por Minayo e Souza (1993) são duas as razões para a violência ter se tornado uma preocupação para a área da saúde: o conceito ampliado de saúde³ e o fato de ele abranger o agravo, ameaça à vida, às condições de trabalho, entre outras questões, como integrantes do universo da saúde pública; e o fato de que em sentido restrito, a violência afeta a saúde e frequentemente leva à morte.

Em seguida, o referencial teórico tem por objetivo traçar um desenho de como esse tema se apresenta hoje no Brasil, abordando a violência na agenda da saúde pública, a partir da análise de documentos como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), e sinalizando também os documentos que estabelecem a notificação compulsória de violência e por fim aborda o

³ Conceito Ampliado de Saúde: Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Anais da 8a CNS, 1986).

papel da atenção básica no enfrentamento da violência em virtude da sua importância enquanto porta de entrada e acesso dos mais vulneráveis ao Sistema Único de Saúde (SUS) e como proponente de uma atenção integral realizada em rede.

O segundo capítulo exibe o percurso metodológico. Para investigar essa problemática empreendeu-se uma pesquisa bibliográfica mediada por uma revisão integrativa de literatura de natureza qualitativa e caráter exploratório buscando responder à pergunta: “*Que entraves no processo de trabalho influem o baixo número de notificação compulsória de violência interpessoal/ autoprovocada nos serviços da atenção básica à saúde/atenção primária à saúde?*”.

Uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, conforme sublinham Deslauriers e Kérisit (2012) possibilita familiarizar-se com os fenômenos investigados podendo servir para determinar os impasses e os bloqueios presentes. O método de leitura do material da pesquisa baseou-se na análise de conteúdo. O levantamento dos estudos analisados foi realizado no catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) como base de dados bibliográficos para busca dos estudos para analisar na pesquisa.

Foram localizadas 12 dissertações⁴ para análise. De maneira geral os estudos objetivaram compreender o fenômeno da notificação de violência no cotidiano dos serviços de atenção básica. Após o levantamento dos estudos foi empreendida inúmeras leituras do material e o preenchimento de um instrumento para consolidação dos dados da investigação. Com isso foi possível inferir na investigação desses estudos que há um padrão com vistas à generalização do cotidiano desses serviços que leva à não notificação

⁴ Identificação e notificação da violência contra idosos na estratégia de saúde da família (ANTONIOLLI, 2013); / Estratégia Saúde da Família e a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza (BARBOSA, 2010); / Notificação de violência contra a mulher: conhecer para intervir na realidade (CARNASSALE, 2012); / A notificação compulsória da violência e seus desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da família em Uberlândia/MG (CROVATO, 2017); / Os profissionais de saúde diante da violência: mapeando o processo de implantação da notificação na rede de saúde em Natal-RN (GALVÃO, 2008); / Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família Fortaleza-CE (LUNA, 2007); / Notificação de violência intrafamiliar na perspectiva de enfermeiros e médico da estratégia saúde da família (MARQUES, 2019); / Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da estratégia de saúde da família (MOREIRA, 2012); / Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes em cinco regiões de saúde do Ceará (PINTO, 2012); / Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em municípios cearenses (ROLIM, 2013); / Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em microrregiões de saúde do Ceará (SILVA, 2011); / Entre as amarras do medo e o dever socioassistencial: Notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária (SILVA, 2012).

compulsória de violência interpessoal/ autoprovocada pelos profissionais dos serviços de atenção básica.

No terceiro capítulo estrutura-se a Análise e Discussão das categorias encontradas nos estudos, e representa a quinta etapa da revisão integrativa que é a análise e interpretação dos resultados. Na análise apresentou-se os s principais entraves elencados nos estudos e realizou uma leitura teórico com base na perspectiva rizomática desenvolvida por Deleuze e Guattari (1980), por sustentar a complexidade e a processualidade apresentada nesse debate. O rizoma é um emaranhado de linhas em que não é possível distinguir início e fim, nem núcleo ou ponto central.

O primeiro entrave que aparece nos estudos analisados é a formação. O discurso em torno da fragilidade da formação/capacitação dos profissionais para atuarem nesses serviços de saúde opera construindo um discurso de verdade que necessita ser enfrentado para superar a subnotificação de violência nos serviços de saúde. O segundo entrave que se apresenta nos estudos selecionados é o medo/receio em notificar uma situação de violência. É sinalizado o medo de represália do agressor (retaliação do agressor, vingança do agressor), o medo de prejudicar a vítima acentuando ainda mais a sua situação de violência, entre outros receios. Essa categoria aparece assim como a formação em todos os estudos analisados.

A terceira categoria que emerge diz respeito a intersetorialidade e se apresenta em oito dos estudos analisados: Antonioli (2013), Barbosa (2010), Galvão (2008), Luna (2007), Moreira (2012), Pinto (2012), Rolim (2013) e Silva (2012). Os profissionais participantes dessas pesquisas relatam não notificar as situações de violência em virtude da ausência de uma estrutura de apoio, falta de intervenções efetivas, burocracia de determinados órgãos e ausência de proteção ao profissional que notifica, esses argumentos são mencionados como empecilhos à notificação compulsória de violência. O quarto elemento que se mostra recorrente na análise dos estudos é a precarização do trabalho, e se apresenta nas pesquisas de Antonioli (2013), Carnassale (2012), Galvão (2008), Luna (2007) Marques (2019), Pinto (2012) Silva (2011) e Silva (2012). A sobrecarga de trabalho é relatada como justificativa dos profissionais para não notificar porque falta tempo para preencher a ficha em virtude do acúmulo de serviço, a elevada demanda de atendimento nas unidades.

O quarto capítulo apresenta os resultados dos estudos e representa a sexta etapa da revisão integrativa que é a apresentação da revisão e síntese do conhecimento formulado a partir dos elementos extraídos dos estudos analisados; como títulos, excerto

dos resumos, problema, questão de pesquisa, objetivos, metodologia, resultados. Foi possível notar que os entraves perpassam pela formação que não prepara o futuro profissional para lidar com a violência em seu cotidiano de trabalho; medo/receio de comunicar uma situação de violência e sofrer uma represália em virtude do ato, a insuficiência dos serviços que compõem a rede de saúde e a rede socioassistencial para lidar com demandas de violência, e a precarização das condições de trabalho desses profissionais que sobrecarregados tem que escolher entre realizar um atendimento ou preencher uma ficha.

A partir dos achados na pesquisa elaborou-se o quinto capítulo intitulado “*Apontamentos para a continuidade do debate*” que busca refletir teoricamente sobre a formação e seus impactos no conhecimento da violência enquanto uma questão de saúde, o medo do ato de notificar uma situação de violência que leva ao aumento dos números de subnotificação, o papel da intersetorialidade para a efetivação da notificação nos serviços de saúde da atenção básica e a precarização das condições de trabalho como está afeta diretamente o processo de notificação nos serviços.

A formação em saúde frequentemente é considerada como uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, de modo a favorecer intervenções capazes de aproximar-se das necessidades da população e da realidade sanitária na qual o profissional está inserido. O segundo entrave que se apresenta nos estudos selecionados é o medo/receio em notificar uma situação de violência, intenciona-se elucidar esse conceito tentando realizar uma articulação com a forma em que se apresenta no cotidiano dos profissionais de saúde, e os leva ao ato de não notificação das situações de violência que se apresentam nos serviços.

Averiguou-se nos achados da pesquisa uma sinalização por parte dos sujeitos dos estudos deficiências nas redes de atendimento para além do âmbito da saúde e um desconhecimento por parte dos profissionais do funcionamento destas. Em virtude da relevância desse achado intenciona-se discutir o conceito de intersetorialidade, e suas deficiências com base nas sinalizações feitas nas pesquisas analisadas para o enfrentamento das questões de violência.

Outro achado de relevância para compreensão do fenômeno da não notificação de violência nos serviços de atenção básica e a precarização das condições trabalho e suas repercussões. O objetivo desse tópico é discutir a partir nos estudos analisados como as dimensões da precarização de trabalho no âmbito da saúde afeta o processo de notificação. E por fim as considerações finais que abordam a urgência em compreender

que a violência é um objeto complexo e multicausal, que necessita de reflexões profundas superando a mera causalidade que afeta o fenômeno.

Pensando em todo o contexto apresentado, o presente estudo visa contribuir na sensibilização para o problema da subnotificação nos serviços de atenção básica, entendendo que é urgente discutir essa questão para que se realize um enfrentamento significativo contra essa problemática. Sendo assim, a importância em estudar e pesquisar esse fenômeno no âmbito da saúde coletiva explica-se pelo fato deste ser um tema que oferece informações do modo de vida de determinado grupo, subsidiando ações de promoção da saúde. O estudo tem como relevância ressaltar a realidade da notificação de violência por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no intuito de formular dados para o planejamento de ações que visem oferecer táticas que venham a facilitar a prática da notificação de violência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Violência não é uma doença em si, mas um sintoma de enfermidades sociais profundas. Nem sempre a violência é injustificada, patológica, irracional. Há condições de opressão, de injustiça, de enormes desigualdades econômicas, em que a violência não é uma doença, mas uma necessidade do organismo social; um pouco como a infecção. Seria, neste caso, como a febre, que é um dos mecanismos para combater a infecção, que é a doença real (ABAD; GOMÉZ, 1987).

Refletindo sobre o exposto nas linhas acima o capítulo teórico vai se debruçar inicialmente na discussão sobre a violência como um fenômeno histórico e social e como a violência se torna uma questão de saúde pública. Em seguida, aborda-se a entrada da violência na agenda da saúde pública brasileira a partir da leitura dos documentos norteadores como a PNRMAV, que é o documento direcionador das ações de enfrentamento da violência na saúde. Discute-se também os documentos que estabelecem a notificação compulsória de violência. A notificação é obrigatória e constitui-se num instrumento fundamental para o conhecimento dos aspectos que permeiam as situações de violência, que chegam aos serviços de saúde e possibilita a realização de ações para a prevenção do problema e seus agravos. Finaliza-se a discussão debatendo o papel da atenção básica no enfrentamento da violência em virtude da sua importância enquanto porta de acesso do SUS, e como proponente de uma atenção integral realizada em rede. Seus pressupostos de humanização, continuidade do cuidado e territorialização coloca a APS como ponto estratégico na rede para a prevenção, identificação, notificação e coordenação do cuidado e assistência às pessoas em situação de violência.

2.1. Violência – um fenômeno sócio-histórico

É consenso na literatura que se propõe a estudar a violência, que esta é uma construção histórica e social. Enquanto fenômeno sócio-histórico, faz parte da essência humana (MINAYO, 2005). Como sinaliza Minayo (2006), a violência acompanha toda a experiência da humanidade, sendo presente e registrada em inúmeros documentos da antiguidade e recordada e poetizada em contos e mitos, como no mito cristão da criação contado na narrativa bíblica em forma de disputa fratricida⁵.

⁵ Os ressentimentos de Caim contra seus pais e a morte de Abel, seu irmão, pensada e perpetrada por ele, evidenciam a convivência da sociedade humana com perenes disputas de poder, com ódios e com a vontade de aniquilar uns aos outros. Essa vontade de aniquilamento, no decurso da história e das culturas, se manifesta de várias formas como: desprezo e menosprezo pelo outro, discriminações, crueldades, autoritarismo, lutas fratricidas, guerras, terrorismos e processos de autodestruição. (MINAYO, 2006, p. 8)

Desta forma, “a violência possui uma historicidade, assim como as teorias e discursos que se propõem a explicá-la” (Deslandes, 2002, p. 11). É necessário reconhecer que qualquer definição ou teoria que se proponha a estudar a violência é uma elaboração que tem que ser pensada em tempo. Nesse sentido acolhe-se, portanto, a pluralidade do fenômeno bem como a ausência de conformidades deste. É preciso entender que se trata de um fato complexo, multideterminado e polissêmico como salienta Galvão (2008). Pontua Minayo (2005) que a violência não é uma, é antes de tudo múltipla. Do latim, o vocábulo vem da expressão *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro.

No seu sentido material, o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas. (MINAYO, 2006, p. 13)

Em suas pesquisas Minayo (1993, 1994, 1997, 1998, 2005a, 2005b, 2006, 2007) afirma que existem muitas explicações sobre as origens, agentes e formas da violência nos mais variados campos do conhecimento, dentre os quais a autora destaca a filosofia, a história, a sociologia, a antropologia, a psicologia e a psicanálise como exemplos. Em seus estudos, a pesquisadora sintetiza contribuições aprofundadas como as teses encontradas nos estudos de Chesnais (1981)⁶ e Domenach (1981), de que não existe sociedade sem violência; outro argumento explorado é de que a violência toma a forma e as medidas de cada tempo histórico e de cada local onde ocorre, análise extraída dos estudos de Wiewiorka (1997,2006), Castells (1999) e Franco (1999).

Afirma a autora que a violência é um dos infindáveis problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade. Desconhece-se uma sociedade onde a violência não tenha estado presente. “Pelo contrário, a dialética do desenvolvimento social traz à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano”. (MINAYO, 1994, p. 7)

⁶ A violência dominante na consciência contemporânea é a ‘criminal’ e ‘delinquencial’. Esse tipo de fenômeno nunca teve a tolerância social, uma vez que ele fere, antes de tudo, a moral fundamental de todas as culturas. Colocando o termo no plural, Chesnais (1981) distingue no imaginário social atual, três definições de violências que contemplam tanto o âmbito individual quanto o coletivo: no centro de tudo, a ‘violência física’, que atinge diretamente a integridade corporal e que pode ser traduzida nos homicídios, agressões, violações, torturas, roubos a mão armada; a ‘violência econômica’, que consiste no desrespeito e apropriação, contra a vontade dos donos ou de forma agressiva, de algo de sua propriedade e de seus bens; e, por último, a ‘violência moral e simbólica’, aquela que trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando os direitos do outro. (MINAYO, 2007 p. 14-15)

Para exemplificar como esse fenômeno persiste e se metamorfoseia, é só observar- como fez Chesnais (1981), que estudou duzentos anos de violência na Europa – a evolução dos países dessa região do mundo que, no fim do século XVIII e início do século XIX, chegaram apresentar taxas de homicídios acima de 60/100.000 (muito mais elevadas do que as existentes hoje no Brasil 27,1/100.000). Atualmente, na Europa, verificam-se taxas mínimas de 0,5 a 1,5/100.000. No entanto, os mesmos países europeus onde a violência comum é residual são hoje tomadas por ondas de xenofobia, de preconceitos contra imigrantes, de enfrentamentos religiosos, de um racismo arcaico enraizado na ideia de uma civilização superior e de conflitos de fronteira. (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017, p. 40)

Sinaliza ainda a pesquisadora a tese de que a violência se insere no contexto das desigualdades políticas, econômicas, sociais e culturais levantadas nas análises feita nos escritos de Fanon (1961), Sartre (1961), Engels (1981), Domenach (1981), Denisov (1986), Franco (1991), Sorel (1992) e Burke (1995). Pontua também o tema de que a violência se assenta na luta pela dominação de pessoas, grupos, instituições e países a partir dos estudos de Denisov (1986) e Arendt (1994). Ponderando ainda que Hannah Arendt também considera a violência como um meio e um instrumento para a conquista do poder, como sinaliza:

Essa autora, no entanto, não confunde poder e violência. Pelo contrário, ressalta que só existe violência quando há incapacidade de argumentação e de convencimento. Arendt (1990) não vê positividade na violência e expressa seus argumentos, de forma contundente, na obra em que analisa o nazismo e o estalinismo, evidenciando os tipos de crueldade que se materializaram nas experiências políticas totalitárias. Por isso, na construção de sua argumentação, Arendt (1994) reage aos autores que promovem uma visão de que se poderia justificar a violência, desde que estivesse a serviço de uma transformação social ou individual potencialmente mais perfeita. (MINAYO, 2006 p. 18 e 19).

Dando segmento em suas teses sobre as raízes da violência, baseada em mais um grupo de estudiosos, ressalta a autora a forte articulação que se introduz e se reproduz entre violência e cultura a partir das leituras das análises de Freud (1980), Chesnais (1981), Burke (1995), Zaluar (1995) Soares e Pique Carneiro (1996) e Norbert Elias (1993). De acordo com as análises da autora na obra do filósofo, historiador e cientista social Norbert Elias (1993) é possível apreender o papel civilizatório da modernidade que criou mecanismos de institucionalização e de solução de conflitos, levando os indivíduos a dominarem sua agressividade e suas pulsões violentas. Também Freud (1980), como sinalizado nas leituras da pesquisadora, apresenta várias interpretações da violência no mesmo sentido, em diferentes etapas de seu pensamento.

Em seus primeiros escritos, esse pensador a associa à agressividade instintiva do ser humano, o que o inclinaria a fazer sofrer e a matar seu semelhante. Num segundo momento, define-a como instrumento para arbitrar conflitos de interesse, sendo, portanto, um princípio geral da ação humana frente a situações competitivas. Numa terceira etapa, avança para a ideia de construção

de identidade de interesses. É dessa identidade, segundo o autor, que surgem os vínculos emocionais entre os membros da comunidade humana, levando-os a preferirem a civilização, o diálogo e a convivência pacífica, ao uso puro e simples da força física para se imporem. Em síntese, na visão desses autores, os conflitos de interesse nas sociedades modernas passaram a ser mediados pelo direito e pela lei; e a comunidade de interesses, pela identidade e pela busca do bem coletivo. Um dos problemas da abordagem culturalista é que ela não inclui as mediações políticas, sociais e subjetivas. (MINAYO, 2006 p. 19)

Seguindo em suas análises, a autora disserta a partir dos estudos dos filósofos Hegel (1980) e de Domenach (1981) que a violência não é um atributo apenas do outro, pois todos os seres humanos a produzem em suas relações, de forma que ela integra sua subjetividade⁷.

Domenach, um dos grandes pensadores sobre o assunto, sublinha a ideia de que a violência está inscrita e arraigada nas relações sociais, mas, principalmente, que é construída no interior das consciências e das subjetividades. Portanto, esse fenômeno não pode ser tratado apenas como uma força exterior aos indivíduos e aos grupos. Sua visão se projeta na direção contrária ao senso comum que costuma colocá-la como um fenômeno sempre produzido pelo 'outro': "É demasiado fácil e ineficaz condenar a violência como um fenômeno exterior, e inclusive, como algo estranho ao ser humano, quando, na verdade ela o acompanha, incessantemente, até na articulação de seu discurso e na afirmação mesma da evidência racional". (DOMENACH, 1981, p. 37 *apud* MINAYO, 2007, p. 16).

Outro argumento apontado é o de que a violência é um fenômeno biopsicossocial que unifica questões biológicas, psicológicas e sociais de forma recursiva encontradas nas leituras de Klineberg (1981), Laborit (1981) e Vygotski (1984). Apontando também a pesquisadora a tese de que as expressões mais invisíveis da violência se articulam com suas formas mais espetaculares expressas nos estudos de Chesnais (1981) e Domenach (1981).

Domenach (1981) e Chesnais (1981) defendem que a percepção negativa e condenatória das várias formas de violência constitui um passo muito positivo alcançado pela humanidade em seu desenvolvimento. Ou seja, atribuir a um ato de exploração, de dominação, de agressão física, emocional ou moral o caráter negativo de violência significa um status superior da consciência social a respeito dos direitos dos indivíduos e de coletividades. Tal compreensão acompanha o progresso do espírito democrático. Pois é a partir do momento em que cada pessoa se considera e é considerada 'cidadã' que a sociedade reconhece seu direito à liberdade e à felicidade e que a violência passa a ser

⁷ No campo da subjetividade, que se pode entender como a capacidade do ser humano construir sua experiência e produzir suas escolhas, retomo, com Wieviorka, críticas às teorias que explicam a violência social e política ora como fruto de frustrações sociais, ora de cálculos racionais, ora de processos culturais. Todas essas abordagens são válidas em parte e ajudam a compreender o fenômeno, mas nenhuma delas leva em conta o imbricamento do sujeito. É preciso dar relevo à lógica da perda e da sobrecarga, dos excessos e da falta de sentido que pervertem, preservam ou também asseguram a sobrevivência dos sujeitos no mundo pós-industrial e na atual 'sociedade dos indivíduos'. Nesse contexto, não é desprezível o papel da religião que justifica atos violentos, transcendendo aos parâmetros convencionais das instituições políticas. (MINAYO, 2007, p. 21-22)

um fenômeno relacionado ao emprego ilegítimo da força física, moral ou política, contra a vontade do outro. (MINAYO, 2006, p. 117)

Ressalta também a tese de que a consciência sobre a violência corresponde ao avanço da consciência sobre os direitos humanos, sociais, políticos e de quarta geração como aponta os estudos de Chesnais (1981, 1991), Burke (1995) e Franco (1997) e, por fim, coloca que a história mostra que é possível reduzir a violência pelo avanço dos direitos de cidadania, pelo aumento da igualdade e pela inclusão social, como afirmam Chesnais (1981), Burke (1995) em seus argumentos sobre a violência.

Assevera Minayo (2005, 2006, 2007, 2013) que a dificuldade para conceituar⁸ a violência vem do fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia. Os eventos violentos sempre passaram e passam pelo julgamento moral da sociedade. Em síntese, o mundo muda e a violência perpassa por toda essa nova etapa da história, subsistindo com novas aparências⁹, dessa forma violência não pode ser analisada nem tratada fora da sociedade que a produz em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica.

E, em se tratando de processo histórico, a violência não foi encarada desde sempre como uma questão de saúde pública, como afirmam os estudos de Minayo e Souza (1990, 1999, 2003). Asseveram as pesquisadoras em seus escritos que houve um processo complexo que consentiu esse movimento, conectado a uma série de fatos históricos, destacando-se a ascensão do capitalismo, a globalização e as novas configurações nas relações sociais derivadas. Esses são alguns exemplos que acarretaram um novo olhar

⁸ Falando das dificuldades de definições e dos julgamentos de valor que sempre existem quando tratamos desse tema, Domenach (1981, p. 38) continua: “estou convencido de que é inútil buscar uma resposta categórica na filosofia ou na moral, ao problema que a violência levanta. Por seu aspecto ontológico, ela não pode ser dissociada da condição humana”. O autor reforça ainda a ideia de que a violência não pode ser analisada nem tratada fora da sociedade que a produz em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica. (MINAYO, 2007, p. 20)

⁹ Em recente trabalho, Wieviorka (2006), assinala a necessidade de entendermos violência em sua face atual, chamando nossa atenção para seu enraizamento na história e nos processos sociais, pois suas expressões mudam e mudam as percepções e os comportamentos em relação a ela. Por exemplo, diz o autor que, com a globalização, caiu o número de conflitos armados no mundo, diminuíram os conflitos com mais de mil vítimas e os golpes de estado. No entanto, a criminalidade organizada, as guerras por razões étnicas, o terrorismo e as ameaças de guerra que utilizam os mais recentes desenvolvimentos da biologia, da bacteriologia, da química e da física nuclear cresceram. Tudo isso vem acompanhando grandes e inegáveis transformações no mundo, como o fim da Guerra Fria, a reestruturação produtiva e suas consequências para o declínio do movimento operário. A violência pós-industrial cria novos tipos de vitimização e de subjetividades. E ela se serve, sobretudo, da profunda revolução no campo da comunicação, da informação e da informática, que trouxe, dentre outras mudanças, a compressão do espaço e do tempo. (MINAYO, 2013, p. 19)

sobre a violência. Mas esses eventos não estão isolados, são conexos e atravessados por inúmeros outros.

2.2. Violência e Saúde

A violência, em si não é uma questão de saúde pública meramente, como afirma Minayo (2006, 2013) em seus estudos. No entanto, como assevera a autora, uma vez entendida como uma construção, a violência tem o seu reconhecimento enquanto problema de saúde. Ela se transforma em um problema quando afeta tanto quantitativa quanto qualitativamente a saúde individual e coletiva, requerendo formulações de políticas específicas e organização de práticas de prevenção para o enfrentamento da mesma.

A biografia que compreende a inclusão do capítulo violência na agenda do setor saúde é recente, podendo-se localizar os anos 1960 e 1970 do século XX¹⁰ como aqueles em que se começou a empreender um grande esforço teórico-metodológico para compreender a violência, primeiramente como um fenômeno complexo, inserindo-se, portanto, a discussão acerca dos seus impactos no setor saúde como afirma Minayo em suas pesquisas (1998, 2006, 2007).

A violência e seus desdobramentos alcançam efetivamente a agenda da saúde nos anos 1980. Mas é somente na década de 1990¹¹ que se consolida o debate que as articula. No ano de 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elegeu a prevenção de traumas e acidentes como tema da celebração do dia mundial da saúde, tendo como justificativa a frase atribuída a William Forge, segundo o qual “desde tempos imemoriais, as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortes prematuras.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 7).

¹⁰ A violência, até a década de 60 ocupava o quarto lugar entre as causas de morte e passou, nas décadas de 80 e 90 a ocupar o segundo lugar, sendo que as maiores vítimas eram jovens do sexo masculino, residentes nas periferias dos grandes centros urbanos. Este período é o mesmo da ascensão do capitalismo, globalização, das novas configurações sociais que trouxeram, no seu escopo, um incremento da criminalidade como mercado informal em ascensão. Tudo leva a crer que não seja à toa que o maior número de vítimas por mortes violentas são os jovens do sexo masculino, em geral das periferias, pois seriam os mesmos envolvidos direta ou indiretamente com a criminalidade. (GALVÃO, 2008, p. 87)

¹¹ Não é à toa que tal configuração se dê nessa época – anos 80 e 90. Trata-se do mesmo período em que o capitalismo e a globalização estão em ascensão, configurando novas padrões de sociabilidade e dando uma nova visibilidade à violência, mais difusa, porém mais presente nas diversas esferas da vida cotidiana (VELHO, 1999; ZALUAR, 1999; SAUL, 1999). Os movimentos sociais, como afirma Pinto (1999) conferem voz aos “não seres” e dão um lugar de legitimidade à discussão sobre as relações de poder existentes na esfera privada, tornando-se passíveis de intervenção pública e política. (GALVÃO, 2008, p. 88)

Também em 1993, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizou uma conferência em Washington para abordar o tema. Em sua conclusão, publicou um documento, no qual evidenciou que o perfil de mortalidade das Américas aponta a violência como problema social e um dos principais fatores de óbito e de demanda aos serviços de saúde da região, colocando esse tema em pauta na saúde, e instigando os países latino-americanos a realizarem ações intersetoriais, visando à redução do problema (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1993).

Como salienta Minayo e Lima (2013, p. 43) os conferencistas perceberam que a transição epidemiológica dos países da região exibia uma questão antiga com novos matizes e evidências, sendo necessário defini-la na sua especificidade histórica e mapeá-la para que fosse tratada com as distinções próprias do setor, e nos aspectos da intersetorialidade. Consolidando seu pensamento;

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais produz um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1993, p. 3)

Ainda nos anos de 1990, especificamente em 1996, a OMS, na sua Assembleia Geral, apresentou o tema da violência como um dos principais problemas que afetam a saúde pública no mundo. A quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA49.25¹², declarando a violência como um problema importante e

¹² A Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde, Constatando, no mundo, com grande preocupação, o aumento da incidência de lesões intencionais que afetam pessoas de todas as idades e ambos os sexos, mas especialmente mulheres e crianças; Endossando o apelo feito na Declaração Mundial para o Desenvolvimento Social para apresentação e implementação de políticas específicas e programas de saúde pública e serviço social, de forma a prevenir a violência na sociedade e moderar seus efeitos; Endossando as recomendações feitas na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e na Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres (Beijing, 1995) para que se ataque urgentemente o problema da violência contra mulheres e meninas e se compreenda suas consequências na saúde; Reafirmando a Declaração das Nações Unidas sobre a eliminação da violência contra a mulher; Registrando o apelo feito pela comunidade científica na Declaração de Melbourne, adotado na Terceira Conferência Mundial sobre Prevenção e Controle de Maus Tratos (1996) para aumentar a cooperação internacional a fim de garantir a segurança dos cidadãos do mundo; Reconhecendo as sérias implicações, imediatas e de longo prazo, para a saúde e desenvolvimentos psicológico e social que a violência representa para os indivíduos, famílias, comunidades e países; Reconhecendo as crescentes consequências da violência para os serviços de saúde em todos os lugares, e seus efeitos prejudiciais para os escassos recursos à disposição da saúde pública dos países e das comunidades; Reconhecendo que os profissionais da área de saúde estão frequentemente entre os primeiros a socorrer as vítimas da violência, sendo eles possuidores de uma capacidade técnica singular e tendo a vantagem de ocupar uma posição especial na comunidade para assim ajudar aqueles estão em perigo; Reconhecendo que a OMS, o órgão mais importante para a coordenação dos trabalhos internacionais em saúde pública, é responsável por prover liderança e diretrizes aos Estados

crecente de saúde pública no mundo, além de reconhecer suas configurações no cotidiano da sociedade.

Nos anos 2000, as reflexões acadêmicas e institucionais que vinham se acumulando ao longo da última década do século XX foram consolidadas pela Organização Mundial da Saúde, e em 2002 a OMS, num gesto histórico, publicou um Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, abrangendo seus mais diferentes aspectos, os mais variados grupos afetados e propostas de atuação. Essa questão também foi incluída entre as cinco prioridades para a ação desse organismo na região das Américas, nos cinco primeiros anos do século XXI (MINAYO; SOUZA, 1999).

Intitulado *World report on violence and health* – Relatório mundial sobre violência e saúde – (KRUG et al., 2002), o documento demonstrou o compromisso da OMS em incluir a violência como um problema de saúde pública. O relatório apresenta um diagnóstico situacional sobre a violência no mundo, em suas mais variadas manifestações, propondo estratégias de atuação, e recomendações para apreender e abordar as questões oriundas da violência.

Em seus relatórios sobre o tema, a OMS revela que todo ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais por causas violentas (OMS, 2005). A primeira forma de introdução do tema na saúde deu-se dentro da própria lógica biomédica no atendimento pontual e específico das lesões, traumas e mortes. Essas categorias são tradicionalmente incluídas na Classificação Internacional das Doenças e Agravos (CID) com a denominação “causas externas” (OMS, 1996b).

Minayo e Souza (1999) consideram ainda que houve outro importante fator que contribuiu para o conhecimento da violência como problema de saúde pública, que foram as mudanças no perfil de morbimortalidade. As autoras discorrem sobre essa trajetória pontuando que, desde a década 1960, os pediatras americanos começaram a estudar, diagnosticar e mediar a chamada “síndrome do bebê espancado”, considerando-a como um grave problema para o crescimento e desenvolvimento infantil, sendo esse um marco para o debate sobre a violência contra crianças.

Pires (2004) também, reforça que nos anos 1960, por meio de textos e debates, os profissionais de saúde começaram a fazer denúncias sistemáticas sobre as várias modalidades de violência contra crianças e adolescentes, e a influência negativa para seu conhecimento e desenvolvimento. Luna (2007) igualmente pontua que a sensibilização

Membros, para que desenvolvam programas de saúde pública para prevenção de violência auto-infligida e violência contra terceiros. (RESOLUÇÃO WHA49.25)

em relação à relevância do tema como pauta para a ação de saúde se inicia, pioneiramente, com a questão da violência contra crianças ainda na década de 1960. Uma década mais tarde, sinaliza Galvão (2008), países como Estados Unidos e Canadá passam a considerar os maus tratos a crianças e adolescentes como um grave problema de saúde pública.

Outro fator de significativa importância apontado por Minayo e Lima (2013) é a contribuição dos movimentos sociais, especialmente o movimento feminista¹³ no que se refere ao reconhecimento da violência contra a mulher. Sinalizam as autoras que esse movimento convocou e continua convocando o setor saúde, assim como outros setores da sociedade, a dar respostas concretas não apenas no que se refere ao tratamento, mas na inclusão da temática na agenda de debates do respectivo setor.

Assim também como os movimentos sociais pela pessoa idosa figuram nesse cenário dando visibilidade a este segmento populacional. A violência contra a pessoa idosa foi primeiramente mencionada em 1975 em um periódico inglês, a partir do termo “espancamento de avós” analisados nos estudos de Baker (1975) e Burston (1975) e, desde então, o tema tem aparecido na literatura da saúde pública (MINAYO, 2006).

Outros temas, como a violência racial e a violência contra pessoas portadoras de deficiências, paulatinamente são incluídos na pauta da atenção à saúde, sendo que, em todos os casos, a presença na agenda do setor depende muito da pressão da sociedade civil e dos movimentos específicos.

Para compreender o impacto da violência sobre a saúde, devemos localizar a sua discussão no conjunto dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida. A violência é um tema da área de saúde, porque acarreta lesões, traumas e mortes físicas e emocionais a quem sofre de forma direta ou indireta.

2.3. A violência na agenda da saúde pública brasileira

Como exposto anteriormente, a violência afeta a saúde individual e coletiva, ocasionando mortes, provocando traumas físicos e mentais, assim como reduzindo consideravelmente a qualidade de vida das pessoas que as sofrem e das comunidades onde vive. Nesse sentido, a violência acarreta novas ocorrências de atendimento para os serviços de saúde e revela a necessidade de uma atuação de prevenção e tratamento de

¹³ Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento, desde os anos 1970, passou a pressionar o setor saúde para que atuasse ativamente e oferecesse respostas concretas não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes das agressões das quais a população feminina é vítima, mas para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações (HEISE, 1994 *apud* MINAYO; LIMA, 2013, p. 47).

base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente comprometida. A aproximação da área da saúde com o tema da violência, no entanto, é recente assim como a emergência do tema necessita cada vez mais de entendimento nos mais variados campos do conhecimento como aponta a pesquisadora Minayo em seus estudos sobre o tema.

No cenário brasileiro o movimento de inclusão da temática no campo da saúde deu-se de forma fragmentada e progressiva. Como salienta Galvão (2008), os primeiros a tomarem consciência do fenômeno foram os epidemiologistas, pediatras e psiquiatras, ainda na década de 1970, mas a maior contribuição científica se deu nos 1980, iniciando a produção teórica.

As contribuições para a pesquisa científica e para a prática do cuidado na área foram, no período entre 1980 a 2005, 90% maiores do que em qualquer outro período da história. Isso demonstra, também, o aumento considerável no interesse pela temática. (GALVÃO, 2008, p. 89)

Minayo *et al.* (2018), em seus estudos sublinha que exerceram papel fundamental para inclusão do tema no cenário brasileiro foram os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito, algumas organizações não governamentais - ONGs de atenção à infância vítima de maus-tratos, além da OMS que, desde os anos 1990, iniciou oficialmente o debate sobre o tema.

No Brasil, a entrada oficial da violência na pauta do setor saúde foi em 2001, quando o Ministério da Saúde (MS), promulgou a PNRMAV. Tal movimento deu-se 13 anos após a institucionalização do SUS e cinco anos depois da OMS colocar a questão como prioridade para o setor na Assembleia Mundial de 1996.

Os tópicos principais da progressiva pauta brasileira foram: violência contra criança e do adolescente; violência contra mulher; violência contra a pessoa idosa; violência no trânsito; violência no trabalho e mais recente violência étnica, violência racial¹⁴, violência contra a população portadora de deficiências¹⁵ e LGBTQIA+.

¹⁴ Uma das mais cruéis e insidiosas formas de violência cultural é a discriminação por raça. No Brasil, essa manifestação ocorre principalmente contra a pessoa negra e tem origem no período colonial escravocrata. Estudiosos mostram que geralmente a violência racial vem acompanhada pela desigualdade social e econômica: no Brasil, os negros possuem menor escolaridade e menores salários. Vivem nas periferias das grandes cidades e estão excluídos de vários direitos sociais. Também morrem mais homens negros do que brancos e se destacam os óbitos por transtornos mentais (uso de álcool e drogas), doenças infecciosas e parasitárias (de tuberculose a HIV/Aids) e homicídios (BATISTA, 2005).

¹⁵ Esse tipo de violência revela de forma aguda a dificuldade que a sociedade tem de conviver com os diferentes, tendendo a isolar os deficientes físicos e mentais, menosprezá-los, molestá-los e a não lhes dar oportunidade de desenvolver todas as suas potencialidades. Pela falta de reconhecimento e de apoio da sociedade e do governo, os deficientes costumam ser considerados como um peso para suas famílias. Estudos têm mostrado que esse tipo de discriminação ocorre nos lares, na escola, nas comunidades, no mercado de trabalho, no espaço público. Hoje, a sociedade brasileira, alertada por movimentos sociais que incluem os vários tipos de deficiente, vai tomando consciência dos males da discriminação. No entanto,

No que diz respeito a violência contra crianças e adolescentes, Minayo *et al.* (2018, p. 2008), sublinha que a temática adentrou a agenda da saúde pelas mãos dos pediatras, psiquiatras e outros profissionais de saúde e de assistência social que lidavam com esse grupo etário. De acordo com as pesquisadoras esses atores foram responsáveis por darem visibilidade para os prejuízos ao crescimento, ao desenvolvimento e à saúde física e mental que a violência¹⁶ proporciona, podendo levar até ao comportamento suicida.

Apontam também que o tema da prevenção da violência na infância ganhou grande interesse científico e militância específica nos últimos 40 anos.

No campo de assistência, os pediatras desempenham um papel importante iniciando serviços e atividades de prevenção nos hospitais em que trabalhavam e em ONGs. Nessa perspectiva foram criados, em diversas cidades brasileiras, centros de referência de assistência e suporte ao poder público. (GALVÃO, 2008, p. 89)

Por fim as autoras demonstram que liderados por profissionais de saúde e movimentos sociais, programas de prevenção primária, secundária e intervenções passaram a compor a pauta das instituições públicas, privadas e de organizações não governamentais. As iniciativas brasileiras sempre estiveram em sintonia com o movimento internacional.

Nos marcos legais de proteção de crianças e adolescentes destacam-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), promulgado em 1990, que repercutiu no incremento de ações de proteção específicas para esse público em diversos setores, entre os quais a saúde. A Lei 12.015/2009 que dispõe sobre os crimes hediondos e corrupção de crianças e adolescentes e define estupro e crimes sexuais contra vulneráveis; a Lei nº 13.010/2014 (Lei “Menino Bernardo”) que estabelece o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. Destaca-se a instituição da “Linha de Cuidado para a Atenção

estudos pontuais revelam que, além das questões que citamos, as mulheres deficientes costumam ser vítimas sobretudo de violência sexual, de estupro e de atentado ao pudor. E pessoas de ambos os gêneros frequentemente são vítimas de cárcere privado, de violência física e de negligência. Geralmente os agressores, muitos deles vivendo na mesma residência que a pessoa deficiente, ficam impunes e seus crimes continuam no segredo da vida privada. (MINAYO, 2017, p. 38)

¹⁶ No Brasil, foram pioneiros os estudos, as atividades e o suporte a políticas sociais dos Centros Regionais de Atenção aos Maus Tratos na Infância em São Paulo (CRAMI); da Associação Brasileira Multiprofissional para Proteção das Crianças e Adolescentes no Rio de Janeiro (ABRAPIA); e da Associação Brasileira de Prevenção de Abusos e Negligências na Infância (ABNAPI) em Minas Gerais. Esse conjunto de instituições e de profissionais engajados na proteção da infância teve papel fundamental na construção do Estatuto da Criança e do Adolescente. (MINAYO *et al.* 2018, p. 2008)

Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violências” como um dispositivo orientador visando a uma ação contínua de atenção integral.

O segundo tema da agenda da saúde no Brasil no que diz respeito ao tema, é a violência contra a mulher. O qual aparece no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Essa iniciativa incorporou os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e deu ênfase à violência de gênero, seguindo uma tendência do movimento feminista mundial. É o que se pode observar também em vários documentos da OMS. Em 2004 o PAISM foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, sendo uma de suas prioridades a assistência a mulheres e adolescentes expostas à violência.

No campo legal, o Brasil promoveu importantes avanços, como a promulgação da Lei Maria da Penha, um marco político de mudança de paradigma no enfrentamento à violência contra as mulheres, que criou 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 (BRASIL, 2006)

Ainda no que diz respeito a mulher tem-se a lei que determina a notificação compulsória das violências contra a mulher em serviços sentinela, o decreto que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado e obrigatório às vítimas de violência sexual pelo (as) profissionais da segurança pública, a Lei do feminicídio, que trata esse tipo de homicídio como crime hediondo, entre os vários outros planos e programas que se seguiram.

No que concerne à violência de gênero contra a mulher esta se constitui em formas de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas, reproduzidas na cotidianidade e geralmente sofridas pelas mulheres. Como debatido pela pesquisadora Minayo em suas pesquisas esse tipo de violência se apresenta como forma de dominação e existe em qualquer classe social, entre todas as raças, etnias e faixas etárias. Sua expressão maior é o machismo naturalizado na socialização que é feita por homens e mulheres.

A violência de gênero que vitima sobretudo as mulheres é uma questão de saúde pública e uma violação explícita aos direitos humanos. Estimamos que esse problema social cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Suas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos

físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras. Os perpetradores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado (GOMES *et al.*, 2005). Fazer da mulher a vítima no espaço conjugal é uma das maiores expressões de violência de gênero e tem sido um dos principais alvos da atuação do movimento feminista e das políticas do Ministério da Saúde que, nos últimos 50 anos, vem buscando desnaturalizar os abusos, os maus-tratos e as expressões de opressão. Assim, problemas que até então permaneciam como segredos do âmbito privado – “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher” – passaram a ter visibilidade social. (MINAYO, 2017, p. 37).

Outro significativo movimento e em relação à violência contra idosos, o marco dá-se na promulgação do Estatuto da Pessoa Idosa, mais conhecido como Estatuto do idoso (BRASIL, 2003), pela Secretaria Especial de Direitos Humanos em 2003, representa um avanço significativo, apresentando a violência como um problema intersetorial, incluindo o setor saúde. Como salienta Minayo *et al.* (2018), para sua inclusão nas políticas sociais brasileiras foi fundamental a liderança dos próprios movimentos de idosos, de profissionais da assistência e do apelo dos movimentos internacionais.

Em 2006, o MS promulgou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, criando normas para hospitais, clínicas e instituições de longa permanência a respeito da prevenção da violência. Internacionalmente, esse tema foi nomeado pela primeira vez em 1975, sendo aos poucos incorporado em pesquisas e programas de ação. Cita-se, pela sua importância, a *International Network for the Prevention of Elder Abuse*²¹, rede de *advocacy*, pesquisa e de subsídio à formulação de políticas, criada em 1997. Marco fundamental é a chamada Declaração de Madrid na qual a questão da prevenção da violência foi colocada como prioridade pela ONU. No Brasil, a notificação de violência contra a pessoa idosa passou a ser obrigatória a partir do Estatuto do Idoso. (MINAYO, *et al.*, 2018, p. 2009)

Em sua pesquisa Luna (2007) afirma que foi a aprovação da PNRMAV aprovada pela Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001, que decisivamente asseverou a importância e o papel da saúde no enfrentamento dos acidentes e violências no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, em conformidade com diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

De acordo com Minayo e Lima (2017), o documento da PNRMAV¹⁷, em primeiro lugar trata o tema em pauta como um problema social e histórico e o situa nos marcos da

¹⁷ O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências traz um diagnóstico geral do problema, das formas como ele afeta o setor saúde e como esse próprio setor, por ser parte da sociedade onde a violência está configurada, também a gera e a reproduz. Nele são analisadas as fontes de informação e a documentação oficial existente, sua importância e suas deficiências. Esse diagnóstico situacional, embora apresente apenas dados aglomerados que se referem ao país como um todo, define detalhadamente as várias formas de manifestação do problema (agressão física, abuso sexual, violência psicológica, omissões, violência interpessoal, institucional, social, no trabalho, política, estrutural, cultural, criminal e de resistência), além de distinguir as formas diferenciadas com que a

qualidade de vida. As autoras pontuam também que a PNRMAV, inseriu o tema da violência no marco da promoção da saúde, entendendo que o setor necessita cooperar para a universalização da cidadania e buscar atuar proativamente diante dos problemas que tornam a sociedade e os grupos específicos mais vulneráveis; bem como mostra que é preciso investir na compreensão do fenômeno, para diagnosticá-lo, notificá-lo melhor e para buscar formas específicas de atuação.

Analisa também a precariedade das informações sobre o tema e a excessiva subnotificação, entendendo-as como parte do reducionismo com que o modelo biomédico vinha trabalhando o tema ou, ainda, como fruto do desconhecimento, da negação, da negligência, da falta de preparação dos profissionais e das instituições; assim como reconhece que é preciso intervir na formação e na sua atuação institucional, pois frequentemente os serviços e seus profissionais são vítimas, mas, principalmente, também são atores de violência e precisam ter consciência de que contribuem com sua cota para a crueldade de que é vítima a população são acometidas.

Asseveram as autoras que isso ocorre, sobretudo, nas relações com os mais pobres que recorrem ao SUS, quando tratam mal e burocraticamente, são insensíveis, discriminam e negligenciam cuidados (MINAYO; LIMA, 2017 p. 26). Pontuam que o documento entende que, nos diversos níveis, o setor precisa planejar e adequar a gestão para atender às mudanças do perfil epidemiológico. E no caso da atenção à violência, mostra que é urgente a reorganização da atenção pré-hospitalar, da emergência hospitalar e dos serviços de reabilitação.

A PNRMAV de acordo com as reflexões das autoras propõe uma filosofia e uma prática intersetoriais e articuladas com a sociedade civil; elabora orientações para acompanhamento e monitoramento das ações. E diante dessa perspectiva, ampliam-se as responsabilidades e compromissos com os outros setores e com a sociedade civil, na construção da cidadania e da qualidade de vida da população.

Estabelece também o papel específico do setor saúde e os instrumentos que lhe são próprios para atuação: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, à recuperação e reabilitação das vítimas de violências e de seus agressores.

No que concerne aos instrumentos estabelecidos na PNRMAV, o monitoramento da ocorrência das violências foi estruturado através do instrumento notificação

violência incide em homens e mulheres, nas diversas faixas etárias e em grupos sociais específicos. (MINAYO; LIMA, 2017, p. 49)

compulsória de violência interpessoal e autoprovocada, e o MS, para monitorar os impactos provocados à saúde pelo agravo, desenvolveu sistemas nacionais de informações que permitem, por meio de fichas de notificação compulsória das diversas formas de violência, identificar os casos de que se tem conhecimento; caracterizar e monitorar o perfil da violência segundo características da vítima, da ocorrência e do provável autor(a) da violência; identificar fatores de risco e de proteção associados à ocorrência da violência, identificar áreas de maior risco para ocorrência de violência e identificar os primeiros encaminhamentos para a rede de atenção e proteção integral (BRASIL, 2011). A notificação compulsória de violência é obrigatória em todos os serviços de saúde do país.

2.4. A notificação compulsória de violência

A notificação compulsória de violência é um poderoso instrumento da PNRMAV (BRASIL, 2001). As Políticas Públicas¹⁸ são ações articuladas pelo Estado com recursos financeiros e humanos e envolvem uma dimensão temporal e se propõem a ter alguma capacidade de impacto sobre determinado problema neste caso a violência.

As políticas públicas tratam desde a implantação de serviços até projetos de natureza ética, compreendendo vários níveis de relação entre o Estado e a sociedade civil. Como analisa Minayo e Lima (2017); o traço definidor e característico de uma política pública é a presença do aparelho público-estatal na definição, indução, no acompanhamento e na avaliação das propostas, mesmo quando, para sua realização, ocorram parcerias e consórcios com instituições não-governamentais e universidades, entre outras.

De acordo com as considerações das autoras toda política pública é fruto de uma demanda da sociedade, assim como, sua inclusão na agenda do Estado e, depois, como prioridade de determinado governo, em regra é precedida de uma história que inclui pressões do contexto internacional e nacional. Esse é o caso da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que veio sintetizar anseios da

¹⁸ O termo política é derivado do grego politheia. Na Antiguidade, significava o conjunto de procedimentos relativos à administração e à gestão das polis, as cidades gregas. Esse conceito foi se desenvolvendo historicamente – todo conceito é fruto de uma construção histórica – e hoje significa as formas como o poder é apropriado e exercido. Políticas públicas é um conceito aplicativo do universo maior da política, representando as estratégias por meio das quais o Estado estabelece prioridades e justifica a alocação dos recursos de que dispõe. (MINAYO; LIMA, 2017, p. 43)

sociedade internacional e brasileira de tratar o tema da violência como problema de saúde pública como salienta Minayo e Lima (2017).

A notificação compulsória de violência interpessoal¹⁹ e autoprovocada²⁰ é uma das ações de vigilância em saúde, essa ferramenta possibilita dimensionar a situação da violência, bem como determinar a necessidade de investimentos nos serviços de assistências, e ainda permite o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência na sociedade.

A notificação de violência está prevista em normativas do Ministério da saúde, tais como a própria PNRMAV (BRASIL, 2001), que estabelece diretrizes nas quais são contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos.

A política Nacional de promoção da saúde (PNPS)²¹ (BRASIL, 2015b), que ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. Assim como a portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, inclui violência doméstica, sexual e / ou outras violências na

¹⁹ A violência é, principalmente, uma forma de relação e de comunicação. Quando essa interação ocorre com prepotência, intimidação, discriminação, raiva, vingança e inveja, costuma produzir danos morais, psicológicos e físicos, inclusive morte. Devemos distinguir entre conflito e violência. O conflito sempre existiu nas relações entre casais, entre pais e filhos, entre vizinhos, entre chefes e subordinados, por exemplo. Portanto, o que é grave no caso das interações entre as pessoas é a incapacidade de resolver conflitos por meio da conversa, da explicitação civilizada de pontos de vista diferentes, da compreensão das razões de cada uma das partes, buscando, pela negociação, uma saída pacífica para os problemas. O crescimento das taxas de morte e de internação por violência em hospitais públicos mostra um processo de exacerbação das relações sociais – das formas violentas de resolver conflitos – entre os brasileiros. Sabemos que grande parte das mortes por agressões corpo a-corpo, por armas brancas e armas de fogo ou por uso de outros objetos contundentes se deve à violência interpessoal. Esse processo afeta mais a população pobre e está associado ao aumento das desigualdades, ao efeito do desemprego crescente, à falta de perspectiva no mercado de trabalho, à facilidade de acesso a armas, à impunidade, à arbitrariedade policial, à ausência ou à omissão das políticas públicas. A violência tornou-se um indicador negativo da qualidade de vida no país, tanto nos espaços rurais como nas regiões urbanas. (MINAYO, 2017, p. 34)

²⁰ Assim são chamados os suicídios, as tentativas, as ideias de se matar e as automutilações. No Brasil, cerca de quatro habitantes por 100 mil, em média, se suicidam, e um número difícil de se calcular tenta se autoinfligir a morte. Os números desse fenômeno no nosso país são muito inferiores aos de outros, sobretudo na Europa, Ásia e Estados Unidos. Mas os estudiosos da violência chamam atenção para o fato de que existe uma relação muito forte entre homicídios e suicídios: ambos expressam sintomas destruidores da sociedade. Apesar de, comparativamente, suas taxas não serem muito significativas, os suicídios e as tentativas de autodestruição têm aumentado entre os jovens e os idosos em todo o país. Entre os trabalhadores, fatores como exposição aos agrotóxicos, problemas de desemprego e exclusão também têm alguma associação – difícil de ser quantificada – com o crescimento do fenômeno. (MINAYO, 2017, p. 35)

²¹ Em 2014, a Política Nacional passou por um processo de revisão e foi republicada (Portaria MS /GM nº2. 446, de 11 de novembro de 2014).

lista de notificação compulsória (BRASIL, 2011), foi criada com o propósito de ampliar as doenças e agravos de notificação compulsória.

Também se encontra estabelecida na portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que inclui na lista de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências e estabelece a notificação imediata (em até 24 horas) para os casos – violência sexual e tentativa de suicídio, em âmbito municipal (BRASIL, 2014).

No artigo 3º dessa Portaria, a notificação compulsória é obrigatória para médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que prestam, assistência ao paciente, em conformidade com o artigo 8º da Lei nº 6.259 de 1975 (BRASIL, 1975).

Na mesma portaria, fica definido, no artigo 4º, que a notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente em até vinte e quatro horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível; e, no artigo 5º, está definido que a notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória.

No artigo 6º da mesma Portaria, a notificação compulsória, independente da forma realizada, deverá ser registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

Desta forma, a notificação deve promover novas organizações e estruturas de atendimento que qualifiquem a atenção à pessoa em situação de violência e a seus familiares. Assim, o próprio processo de preenchimento da ficha deve ser também um momento de cuidado com a pessoa que sofreu ou vive uma situação de violência. Esse processo não deve ocorrer de forma fria e impessoal, mas sim com uma postura ética de cuidado e proteção.

A notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres²² e pessoas idosas é uma exigência legal, fruto de uma luta contínua para que a violência perpetrada

²² A Lei nº 10.778 de 2003 foi um marco por estabelecer a notificação compulsória para casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2003), ou seja, a notificação é obrigatória para todos os profissionais de saúde, (médicos, enfermeiras, odontólogos, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos e outros) e todos os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde (Hospitais, Unidades de Saúde, Clínicas, Instituto Médico Legal e outros). O referido documento conceitua a violência contra a mulher como: § 1º Para efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra mulher qualquer ação ou conduta, baseada no

contra estes segmentos da população saia da invisibilidade, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos. De igual forma, coloca-se no mesmo patamar de relevância e interesse a luta pela equidade nas políticas públicas de outros segmentos sociais como a população negra, indígena, população do campo da floresta e das águas, pessoas com deficiência e população do campo, da floresta e das águas, pessoas com deficiência e população LGBTTS+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais – (BRASIL, 2015).

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

A notificação está contemplada em normas técnicas do Ministério da Saúde, tais como a Norma Técnica de Atenção Humanizada às pessoas em Situação de Violência Sexual com registro de informações e coleta de vestígios (BRASIL, 2016), entre outras. Também está priorizada em algumas políticas de saúde, como as políticas de saúde, como as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009; a Política Nacional de Saúde Integral da Populações do campo e da Floresta, instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011.

Ao destrinchar todas essas normativas percebe-se que o ato de notificar é um elemento crucial na atuação contra violência, e no entendimento do fenômeno e de suas consequências tanto individual quanto coletivas. No entanto, é sabido que a subnotificação é alta, e está por sua vez acaba por invisibilizar e ocultar essa problemática, mesmo com a legislação tornando obrigatória o preenchimento da notificação de violência, nos serviços de saúde.

gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado (BRASIL, 2003). No artigo 5º, a Lei ainda evidencia que não realização da notificação da violência contra mulher por parte de pessoa física e/ou das instituições constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis. Aprofundamento na interpretação do referido artigo, além da sanção penal, o profissional de saúde também estará sujeito às penas relativas ao seu Código de Exercício Profissional. Quanto à sanção penal, é encontrada no Artigo 66, Inciso II, do Decreto Lei 3.668 de 1941, Lei de Contravenções Penais (BRASIL, 1941): art.66. Deixar de comunicar à autoridade competente: II – crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal (Lei de contravenções penais, 1941). (CROVATO, 2017, p. 16)

A notificação é obrigatória e constitui-se num instrumento fundamental para o conhecimento do perfil da violência, possibilitando a realização de ações para a prevenção do problema e seus agravos. Traz à tona não somente o benefício aos casos singulares, como também atua como meio de controle epidemiológico, conforme ponderam Velloso *et al.* (2013) em suas reflexões acerca da notificação de violência como estratégia de vigilância em saúde. Este mecanismo é fundamental para a vigilância epidemiológica e a definição de políticas públicas de prevenção e intervenção como bem ressaltam os autores.

Para o setor Saúde, a notificação compulsória consiste na comunicação obrigatória à autoridade sanitária da ocorrência de determinada doença, agravo à saúde ou surto, que deve ser feita por profissional de saúde ou por qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de intervenção pertinentes (BRASIL, 2008b). Dialogando com esse pressuposto, Ferreira e Schramm (2000), Gonçalves e Ferreira (2002), Reichenheim, Dias e Moraes (2006) e Saliba *et al.* (2007) destacam que os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e sua magnitude, fundamentando a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção.

Enquanto ferramenta eficaz de política pública, a notificação insere-se como uma das “estratégias primordiais, no âmbito das ações contra a violência, contribuindo para o seu dimensionamento e assegurando a implementação de políticas públicas de vigilância e assistência às vítimas” (BRASIL, 2011, n.p.). Diante do exposto, a não notificação de violência – subnotificação – é um problema grave, sobretudo, quando se sabe que as ações e políticas públicas para o enfrentamento da questão têm como base os dados epidemiológicos. A não notificação ao se revelar como uma realidade pouco ou mal conhecida, acaba por configurar-se invisível, operando, em nível estrutural, como mais uma forma de violência à população usuária dos serviços de saúde.

Considerando a dinâmica do SUS - aparentemente os profissionais de saúde inseridos nos serviços de atenção básica estariam mais bem posicionados para identificar, notificar, prestar assistência e encaminhar os casos de violência aos serviços especializados da rede de atenção à saúde, assim como, aos serviços da rede intersetorial em virtude da atenção básica ser a porta de entrada do sistema e por estes equipamentos estarem inseridos nas comunidades e lidarem diretamente com as particularidades de cada indivíduo e de suas famílias numa posição de grande proximidade. Infelizmente não é o que se percebe no cotidiano desses serviços, cujas estatísticas revelam um baixo número

de notificações compulsórias de violência interpessoal / autoprovocada nos serviços de saúde da atenção básica.

2.5. Atenção Básica: a atenção integral à saúde

A Atenção Básica à Saúde – ABS, como se intitula a atenção primária à saúde no Brasil, não é uma estratégia recente, no entanto, como afirma os estudiosos da saúde coletiva ainda está se consolidando. Sua configuração atual iniciou-se em nosso país com o advento da saúde da família, em 1994, e sua importância vem sendo reiteradamente comprovada por diferentes estudos nos últimos anos. Como situa Paim (2012, p. 343) a APS, é entendida como um dos níveis de atenção onde ocorre o primeiro contato de uma pessoa com o sistema de saúde, como um programa focalizado e seletivo com oferta limitada de serviços dirigido a populações carentes ou, ainda, como uma estratégia de reorientação de sistemas e serviços de saúde.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de Atenção à Saúde²³. Como sinaliza Matta e Morrosi (2008), historicamente, o conceito de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Conforme o debate dos autores o documento inglês procurou contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativista, que se fundamentava no reducionismo biológico e na atenção individual do paciente.

Esse documento do governo inglês constitui-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade. (MATA; MORROSI, 2008, p. 39)

²³ A atenção à saúde pode ser examinada basicamente mediante dois enfoques: a) como resposta social aos problemas e necessidades de saúde; b) como um serviço compreendido no interior de processos de produção, distribuição e consumo. Como resposta social, insere-se no campo disciplinar da Política de Saúde, sobretudo quando são analisadas as ações e omissões do Estado no que tange à saúde dos indivíduos e da coletividade. Como um serviço¹, a atenção à saúde situa-se no setor terciário da economia e depende de processos que perpassam os espaços do Estado e do mercado². Mas ao mesmo tempo em que é um serviço, a atenção à saúde realiza mercadorias produzidas no setor industrial a exemplo de medicamentos, imunobiológicos, equipamentos, reagentes, descartáveis, alimentos dietéticos, produtos químicos de diversas ordens etc. Nesse caso, o sistema de serviços de saúde configura-se como locus privilegiado de realização dessas mercadorias e, como tal, alvo de pressão para o consumo, independentemente da existência ou não de necessidades. No estudo desta dinâmica é imprescindível o recurso à Economia Política (AROUCA, 1975; BRAGA; GOES DE PAULA, 1978 *apud* PAIM, 2004 p.15).

Aguiar (2013), sublinha que algumas experiências²⁴ com características de APS já ocorriam esporadicamente em vários países desde o século XIX, ressalta o autor que ainda que elas tivessem diferentes contextos e objetivos, de forma geral elas possuíam em comum uma visão integrada da assistência à saúde e das ações de prevenção e promoção, característica essa essencial da APS. Como exemplos de experiências antigas com aspectos de Atenção Primária, podem-se citar o projeto *Zemstvo* na Rússia, em 1984. O *Nurse's Settlement* em Nova York, em 1983, a *Social Unit* em Cincinnati, já no começo do século XX, e os *Médicos Descalços* chineses, na segunda metade do século XX. (AGUIAR, 2013, p. 43 e 44)

Marques (2019) pontua que um importante marco para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) mundial foi a publicação da Declaração de Alma-Ata no ano de 1978, a qual defendia a APS como núcleo central de um sistema de saúde. Como sinaliza Arantes, Shimizu e Hamann (2016), as ideias centrais para o aprimoramento dos sistemas de saúde contemporâneos foram apresentadas nessa declaração, trazendo contribuições para resultados mais favoráveis e equitativos em saúde, maior eficiência, efetividade e satisfação do usuário. A declaração de Alma-Ata definiu a APS como:

[...] a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que o país possa suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1978).

Como assevera Aguiar (2013), a definição adotada no documento relaciona a saúde ao desenvolvimento social, e econômico de um país, afirmando que um bom nível de saúde tem impacto positivo sobre ele. Por sua vez, o desenvolvimento global de uma nação também contribui para a melhoria dos níveis de saúde, gerando-se, assim, o círculo

²⁴ Essas iniciativas isoladas levaram ao acúmulo de experiências que culminou com a realização da Primeira Conferência Internacional sobre APS, ocorrida em setembro de 1978 em Alma-Ata, capital do Cazaquistão. Essa conferência aconteceu em um panorama peculiar: o mundo passava por uma década marcada por crises econômicas e os custos da assistência à saúde aumentavam em praticamente todos os países. Havia situações de iniquidade inaceitáveis no acesso ao cuidado por diferentes grupos socioeconômicos, tanto dentro de um mesmo país (iniquidade regional) como entre países (iniquidade internacional). (AGUIAR, 2013, p. 44)

virtuoso saúde/desenvolvimento/saúde, que substitui o provável círculo vicioso doença/pobreza/doença. Essa visão desenvolvimentista é um aspecto central da “Declaração de Alma-Ata” e transparece e todo o texto afirma Aguiar (2013, p. 45)

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Tem por proposta ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas (BRASIL, 2012). Sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela sua organização, e ainda como uma política de reorganização do modelo assistencial (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016)

No Brasil esse modelo vem se materializando desde 1991 quando o governo federal desenhou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) inspirado em experiências comunitárias vinculadas a igrejas ou a organizações não governamentais, essa iniciativa baseada em equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), compostas por pessoas das próprias comunidades onde atuavam coordenadas por um enfermeiro. Com os propósitos de ampliar os resultados alcançados pelo PACS e de propor uma alternativa ao cuidado em saúde mais condizentes com os princípios do SUS, o governo construiu o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, posteriormente chamado Estratégia de Saúde da Família (ESF), e abriu novas possibilidades de atuação do setor saúde diante de inúmeros determinantes sociais como por exemplo a violência.

Toda essa estrutura se estabelece na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), um marco que estabeleceu a missão da Atenção primária no Brasil em 2006. Neste ano o Ministério da Saúde aprova a PNAB (BRASIL, 2006), revista em 2011 por meio da portaria 2488 de outubro de 2011, com o objetivo de fortalecer a APS, entendida como porta de entrada ao SUS e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção. Definiu ainda, uma reorientação no modelo de atenção, utilizando a ESF como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS (BRASIL, 2012).

Em 2017 a PNAB passou por uma nova reformulação, estabelecida na portaria 2423 de setembro de 2017. Tal reformulação admite, além da ESF, outras estratégias de organização da Atenção Primária, com vagos parâmetros populacionais de adscrição e carga horária profissional (BRASIL, 2017). Entretanto, vários setores organizados e comprometidos com a Atenção Primária e o SUS apontam retrocessos nessa nova PNAB (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). O texto da PNAB tem como objetivo

apresentar princípios e diretrizes do SUS e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a serem operacionalizados assim como, propiciar uma melhor compreensão desses princípios, o texto também remete à fundamentação teórica sobre o tema. No Brasil, a PNAB considera Atenção Primária como termo equivalente a Atenção Básica e a define como:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, p. 02)

A PNAB prescreve práticas de cuidado e gestão democrática e participativa, desenvolvidas por equipes multiprofissionais, direcionadas a populações de territórios delimitados e dinâmicos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, com alto grau de descentralização e capilaridade. Para isto, as equipes utilizam tecnologias de cuidado complexas e variadas para resolver as demandas e necessidades de saúde mais frequentes e relevantes, definidas a partir de critérios de risco, vulnerabilidades, e de aspectos éticos. A Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e a principal porta de entrada e centro de comunicação com as RAS²⁵, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, para produzir a atenção integral (BRASIL, 2011)

Entre as características²⁶ da AB que justificam sua centralidade destacam-se: a capilaridade de seus serviços, presente em todos os municípios do brasileiros; a potencialidade oferecida para que as ações e serviços de saúde sejam organizados com base nas necessidades concretas de saúde da população, provimento de atenção contínua

²⁵ A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é a principal estratégia proposta para superar a fragmentação do cuidado e da gestão; garantir acesso e criar espaços de acolhimento e vínculo entre profissionais e usuários, assegurando ações e serviços com efetividade e eficiência. São definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas e integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado e prover atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada e facilitar o acesso, a equidade, eficácia clínica e sanitária e a eficiência econômica.” (BRASIL, 2010)

²⁶ Outro ponto importante da PNAB foi o estabelecimento de um método de abordagem na Atenção Primária, para ser adotado por todos os profissionais de saúde, que diz respeito ao Cuidado Centrado na Pessoa. O método descrito por Stewart e colaboradores (2017) tem como pressuposto o compartilhamento de poder na relação médico-paciente e apresenta quatro componentes: Explorar a saúde, a doença e a experiência da doença; Entender a pessoa como um todo; Elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas; Intensificar a relação entre a pessoa e o médico. (BRANCO, s/i)

e integral por equipe multidisciplinar, considerando o usuário-sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, entre outras (BRASIL, 2010; 2011)

É o nível de atenção que considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde. As últimas décadas têm sido marcadas por movimentos que buscam uma atenção à saúde, voltada para uma visão humanizada, numa perspectiva interdisciplinar, contemplando uma relação mais profunda do profissional de saúde com a população. (KAWAMOTO, 1995)

Como já mencionado, o modelo de saúde da família representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorganização da atenção à saúde bem como de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente assim como o desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2012).

Constitui-se numa mudança de enfoque nas políticas sociais de saúde, uma vez que propõe uma prática de assistência com novas bases estruturais, as quais vêm alterar o modelo tradicional de cuidado centrado na cura das doenças, substituindo-o por um modelo onde o enfoque principal é a família e a maneira como está interage nas diversas situações de saúde/doença. A família, como o primeiro sistema de interação a que o ser humano em desenvolvimento é exposto, torna-se o principal foco de atenção básica. (SILVA *et al.*, 2013).

A adstrição de clientela em um território definido, o incentivo à integralidade das ações, o planejamento local baseado nas necessidades de saúde da população, a atuação intersetorial, a abordagem familiar, a humanização do atendimento – premissas metodológicas da ESF- potencialmente constituem ferramentas promissoras de enfrentamento a questões complexas da saúde coletiva. A ESF passa a não ser peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis de atenção e com outros setores, tendo assim um papel fundamental no reconhecimento e manejo das situações de violência. (GOES; CEZARIO, 2017; SILVA *et al.*, 2013)

No que diz respeito a violência essa estrutura do setor saúde, destaca-se como um importante espaço de intervenção, pois o grau de proximidade com as condições de vida da população permite que os membros da equipe tenham conhecimento de grande parte das situações que geram a violência do território onde trabalham. Em geral, a partir do vínculo criado com a população, esta desperta a atenção para a suspeita do problema, ou, ao menos, para que as equipes sejam cientes dessa demanda onde estão inseridas afirma

Egry *et al.* (2017). Através de sua cobertura e vinculação com a comunidade, os profissionais da ESF têm um maior potencial de reconhecerem o agravo da violência, desvelando-se uma importante ferramenta para o enfrentamento desse fenômeno, o qual exige uma articulação em rede no seu manejo pontua Seraphim *et al.* (2014).

Como afirma Luna (2007) as vítimas de violência, por apresentarem características bastante peculiares das demais clientela, requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa, a fim de identificar problemas subjacentes à queixa principal. Portanto, faz-se necessário priorizar, no seu atendimento, a avaliação multidimensional, abrangente de uma avaliação global. Entre as atribuições das equipes de atenção básica, destaca-se notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local como a violência. (BRASIL, 2012). A importância da notificação compulsória de violência, apresenta-se como instrumento eficaz de implementação de políticas públicas às vítimas de violência no território é de total relevância no processo de trabalho da equipe multidisciplinar na atenção básica à saúde.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Do ponto de vista antropológico, podemos dizer que sempre existiu preocupação do “homo sapiens” com o conhecimento da realidade. As tribos primitivas, através dos mitos, explicaram e explicam os fenômenos que cercam a vida e a morte, o lugar dos indivíduos na organização social, seus mecanismos de poder, controle e reprodução. Dentro de dimensões históricas imemoriais até nossos dias, as religiões e filosofias têm sido poderosos instrumentos explicativos dos significados da existência individual e coletiva. A poesia e a arte continuam a desvendar lógicas profundas e insuspeitadas do inconsciente coletivo, do cotidiano e do destino humano. A ciência é apenas uma forma de expressão desta busca, não exclusiva, não conclusiva, não definitiva. (MINAYO, *et al.* 1994, p. 9)

A pesquisa é uma busca pelo entendimento de determinadas questões que nos geram conflito e angústia. O percurso metodológico é o caminho seguido numa investigação em busca de resposta ou mais questionamentos. O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, baseada numa revisão integrativa de literatura de natureza qualitativa e caráter exploratório. Uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, conforme sublinham Deslauriers e Kérisit (2012) possibilita familiarizar-se com os fenômenos investigados podendo servir para determinar os impasses e os bloqueios presentes no objeto de pesquisa. O capítulo apresenta a trajetória da pesquisa e o método: a revisão integrativa (RI). Em seguida, expõem-se as suas etapas dialogando com os percursos empreendidos para efetivar a pesquisa, dialogando com as etapas da revisão integrativa, a saber: etapa 1: identificação do tema e construção da questão de pesquisa; etapa 2: estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; etapa 3: identificação dos estudos pré-selecionados; etapa 4: categorização dos estudos selecionados os primeiros passos para concretização de uma RI.

3.1. O método: Revisão Integrativa de Literatura

Como afirma Soares *et al.* (2014) a revisão integrativa conforma-se como um tipo de revisão da literatura que agrupa achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo ao pesquisador revisar e sintetizar resultados sem ferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos incluídos. A RI requer que o revisor “proceda à análise e à síntese dos dados primários de forma sistemática e rigorosa” (SOARES *et al.*, 2014, p. 336).

Soares *et al.* (2014), analisam 17 estudos para construção de um quadro teórico sobre definições e finalidades da RI, dentre estas algumas se destacam como a de Jackson (2005)²⁷, em seu livro *Métodos para revisões integrativas* (tradução nossa), onde é

²⁷ Jackson GB. Methods for integrative reviews. *Rev Educ Res.* 1980;50(3):438-60.

extraído pelas autoras o argumento de que a RI é um tipo de revisão que pretende inferir generalizações sobre um determinado assunto, a partir de um conjunto de estudos diretamente relacionados ao tópico de interesse.

Outra definição apontada pelas pesquisadoras é a de Cooper (1984)²⁸ em *A revisão integrativa: uma abordagem sistemática* (tradução nossa), que também chama atenção, pois de acordo com as análises realizadas pelas autoras, a RI é um sumário realizado a partir de conclusões de pesquisas anteriores com hipóteses relacionadas ou idênticas. A RI teria como finalidade apresentar o estado do conhecimento referente a relações de interesse e destacar questões que as pesquisas precisam aprofundar. (SOARES, *et al.*, 2014, p. 338).

Na definição de Elis (1991)²⁹; no texto *Conduzindo e relatando revisões integrativas de pesquisa: acumulando conhecimento científico* (tradução nossa), as autoras extraem os seguintes aspectos sobre a RI:

Pesquisa empírica cujas finalidades são: desenvolver teoria, sintetizar conhecimento e avaliar avanços metodológicos substantivos, além de generalizar inferência a partir da análise de estudos empíricos. Deve seguir o rigor teórico-metodológico que é exigido pela pesquisa empírica tradicional e seus resultados fazem com que os pesquisadores possam acessar o conhecimento acumulado ao problematizar um tópico de interesse. (SOARES *et al.*, 2014, p. 338)

Do estudo de Torraco (2005)³⁰ no texto *Escrevendo revisões integrativas de pesquisa: acumulando conhecimento científico* (tradução nossa), o aspecto apontado da RI é o de uma pesquisa que revisa, critica e sintetiza literatura representativa sobre um tema, de maneira integrada e capaz de gerar novas abordagens e perspectivas sobre o assunto revisado. Como sinalizam as autoras, configura-se como forma sofisticada e rigorosa de pesquisa, que requer habilidades complexas de compreensão do fenômeno em foco.

A RI tem duas finalidades: sintetizar assuntos “maduros”, já debatidos, com ampla literatura, ou assuntos novos ou emergentes. No primeiro caso, os resultados de uma RI possibilitam novos entendimentos ou mesmo reconceitualizações. No segundo caso, a RI possibilita a conceitualização inicial e a percepção ampliada do assunto emergente. (SOARES *et al.*, 2014, p. 339)

²⁸ Cooper HM. *The integrative research review: a systematic approach*. Beverly Hills: Sage; 1984.

²⁹ Ellis MV. *Conducting and reporting integrative research reviews: accumulating scientific knowledge*. *Couns Educ Superv*. 1991;30(3):225-36.

³⁰ Torraco RJ. *Writing integrative literature reviews: guidelines and examples*. *Hum Resour Dev Rev*. 2005;4(3):356-67

Como apontam Roman e Freidlander (1998) a revisão integrativa é um método que tem como propósito agrupar e compendiar resultados de pesquisas sobre um demarcado tema ou questão, de caráter metódico, ordenado e abrangente, cooperando para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. O referido método de pesquisa objetiva delinear uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre o tema e o objeto de pesquisa. Mendes *et al.* (2008) sinalizam que a revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores.

A revisão integrativa é uma ferramenta ímpar que possibilita sistematizar pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico. Embora, como afirmam Souza *et al.* (2010, p. 105), conectar dados de delineamento de pesquisa diversos seja complexo e desafiador, a condução da revisão integrativa, a partir da inclusão de uma sistemática e rigorosa abordagem do processo, particularmente da análise de dados, resulta na diminuição de vieses e erros.

3.2. Os caminhos da revisão integrativa

De acordo com o estudo de Mendes *et al.* (2008) para se efetivar uma revisão integrativa é necessário que etapas sejam seguidas e visivelmente descritas. Conforme as autoras, a revisão integrativa consiste em seis etapas. Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa. Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura. Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos. Quarta etapa: categorização dos estudos selecionados para revisão integrativa. Quinta etapa: interpretação dos resultados. Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

Para análise dos dados encontrados na RI, o método de leitura do material da pesquisa será baseado na análise de conteúdo. A análise de Conteúdo (AC), surgiu no início do século XX, nos Estados Unidos para analisar o material jornalístico, ocorrendo um impulso entre 1940 e 1950, quando os cientistas começaram a se interessar pelos símbolos políticos, tendo este fato contribuído para seu desenvolvimento; entre 1950 e 1960 a AC estendeu-se para várias áreas. Portanto, esta técnica “existe há mais de meio

século em diversos setores das ciências humanas” como sinaliza Caregnato e Mutti (2006, p.682). A análise de conteúdo³¹ é compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento. A análise de conteúdo pressupõe um conjunto de instrumentos metodológicos sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados.

3.2.1. Etapa 1: Identificação do tema e construção da questão de pesquisa

A identificação do tema e a construção da questão norteadora da pesquisa deve auxiliar um raciocínio teórico e incluir definições aprendidas de antemão sobre o objeto de pesquisa. Nesse sentido apresenta-se o problema em voga desse estudo: *baixo número de notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos serviços de saúde da atenção básica à saúde/atenção primária à saúde*.

A pergunta norteadora para investigação do problema na literatura é a seguinte: *Que entraves no processo de trabalho influenciam o baixo número de notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos serviços de saúde da atenção básica à saúde/atenção primária à saúde?*

Compreendido o problema que se coloca para investigação e com a pergunta definida, o passo seguinte é a definição dos descritores para a construção da estratégia de busca. Definiu-se os seguintes descritores: “*Notificação de violência*”, “*Profissionais de saúde*”, “*atenção básica*” e “*atenção primária*”.

Os descritores foram definidos a partir das reflexões tecidas com base no problema e durante a elaboração da pergunta de pesquisa. Ponderou-se que a notificação de violência seria o objeto de investigação, os profissionais de saúde os sujeitos do estudo, e o termo atenção básica à saúde/atenção primária à saúde contempla os serviços de saúde que compõem o cenário da pesquisa.

Decidiu-se por utilizar os dois termos para a busca na base de dados em virtude do debate que cerca os vocábulos “*Atenção básica à saúde*” e “*Atenção primária à Saúde*”, a discussão apresenta a disputa entre a terminologia ideal para nomear o primeiro

³¹ A AC pode ser quantitativa e qualitativa. Existe uma diferença entre essas duas abordagens: na abordagem quantitativa se traça uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto. Na abordagem qualitativa se “considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem”. A maioria dos autores refere-se à AC como sendo uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. Na AC o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 682).

nível da atenção à saúde no Brasil. Conforme as discussões tecidas em documentos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2007), o termo “atenção básica” é utilizado pelo Ministério da Saúde para marcar a atenção primária e resulta da necessidade de distinguir a proposta da saúde da família da proposta dos cuidados primários de saúde. Assim, a nomenclatura Atenção Básica é adotada para definir a Atenção primária no país, tendo como sua estratégia principal de atuação a saúde da família.

O artigo de revisão de Mello *et al.* (2009) aponta que os termos podem ser utilizados como sinônimos, sem que isto se torne um problema conceitual, no entanto, pontuam que em algumas ocasiões seus referenciais variam desde as correntes francamente funcionalistas até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos de Atenção Básica e Atenção primária à saúde ao de Atenção primária.

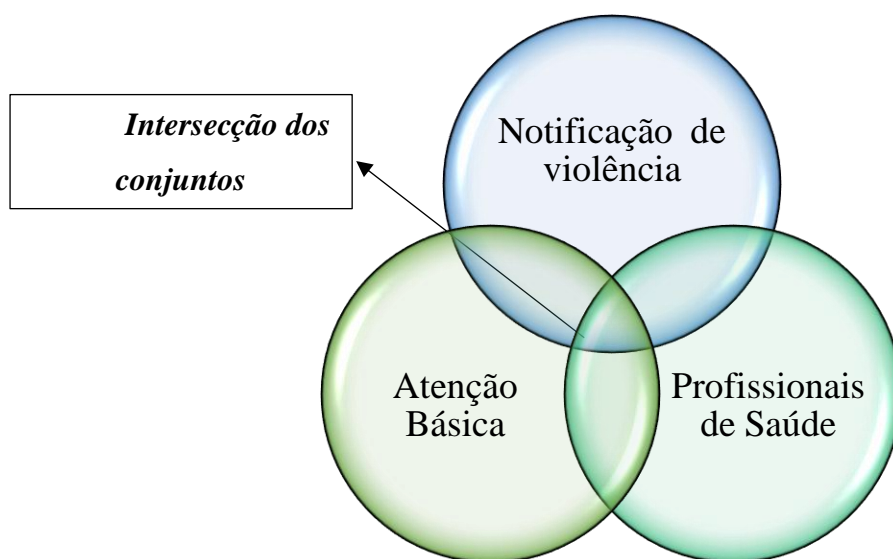
O estudo de Giovanella (2018) elucidou que o emprego do termo Atenção Básica decorre das lutas empreendidas pelo Movimento Sanitário Brasileiro que teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada, não sendo, portanto, sinônimos, apesar da literatura apontar o uso dos termos como sinônimos.

Após a construção dos descritores estabeleceu-se o catálogo³² de teses e dissertações da CAPES como base de dados bibliográficos para busca dos estudos com o objetivo de analisar na pesquisa. O catálogo de teses e dissertações da CAPES é um sistema de busca bibliográfica que reúne registros (teses e dissertações) dos programas de pós-graduação do país e possui como referência a portaria nº 13 de 2006, que instituiu a divulgação digital das teses e dissertações produzidas pelos programas de doutorado e mestrado reconhecidos. Optou-se pela investigação desses estudos por serem considerados fontes/documentos primários. Como sublinha Azevedo (2012, p. 150) as fontes primárias se caracterizam por ser uma informação original, sendo muitas vezes o primeiro registro formalizado de algum objeto.

³² Os catálogos surgiram para armazenar e registrar as informações sobre os documentos existentes em um acervo, todavia, sua função passou por uma metamorfose em decorrência do aumento de materiais impressos, inclusive no que tange à ampliação da produção de livros e a consequente necessidade de organização desse material para posterior recuperação. Por isso, ocorreu uma mudança de foco no uso dos catálogos, de simples função de depósito para uma ferramenta arrojada de uso da recuperação de informações (FUJITA, 2009).

Como estratégia³³ de busca para ser usada na base de dados, estabeleceu-se a utilização do operador booleano “AND”. O operador *AND* busca a relação entre um termo e outro. Recupera materiais em que ambos os termos pesquisados aparecem no mesmo documento. O operador booleano *AND* é usado para restringir a pesquisa, fazendo a interseção do conjunto de trabalhos que possuem os termos combinados. (PIZZANI *et al.*, 2012). Exemplo da busca:

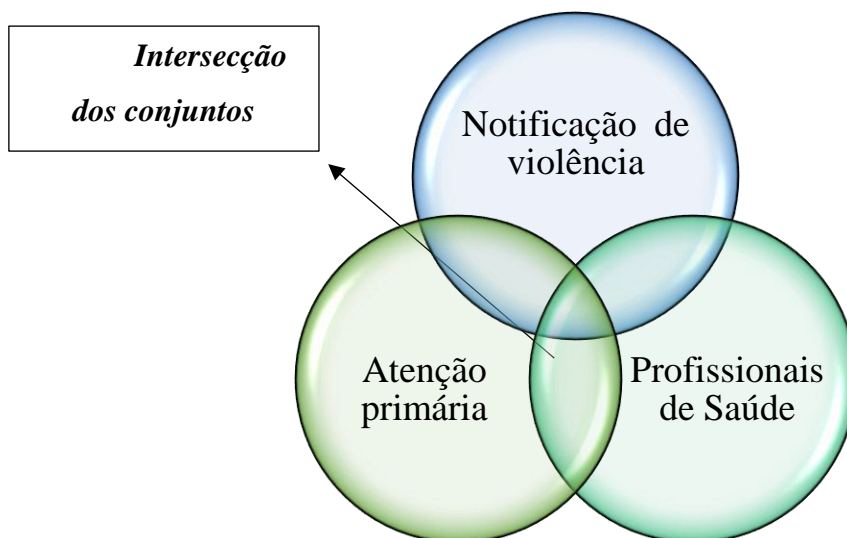
Figura 1 – Representação gráfica do operador booleano AND- Descritores Notificação compulsória de violência AND Profissionais de Saúde AND Atenção Básica.



Fonte: elaboração da autora.

³³ Segundo Volpato (2010), a estratégia de busca é formada por um conjunto de palavras ou expressões, ligadas por operadores booleanos — palavras que informam ao sistema de busca como combinar os termos da pesquisa —, que permitem ampliar ou diminuir o escopo dos resultados. Também é possível utilizar sinais que representem recursos disponíveis em diferentes bases de dados para melhorar os resultados da busca ou facilitar a operação.

Figura 2 – Representação gráfica do operador booleano AND - Descritores Notificação compulsória de violência AND Profissionais de Saúde AND Atenção primária.



Fonte: elaboração da autora.

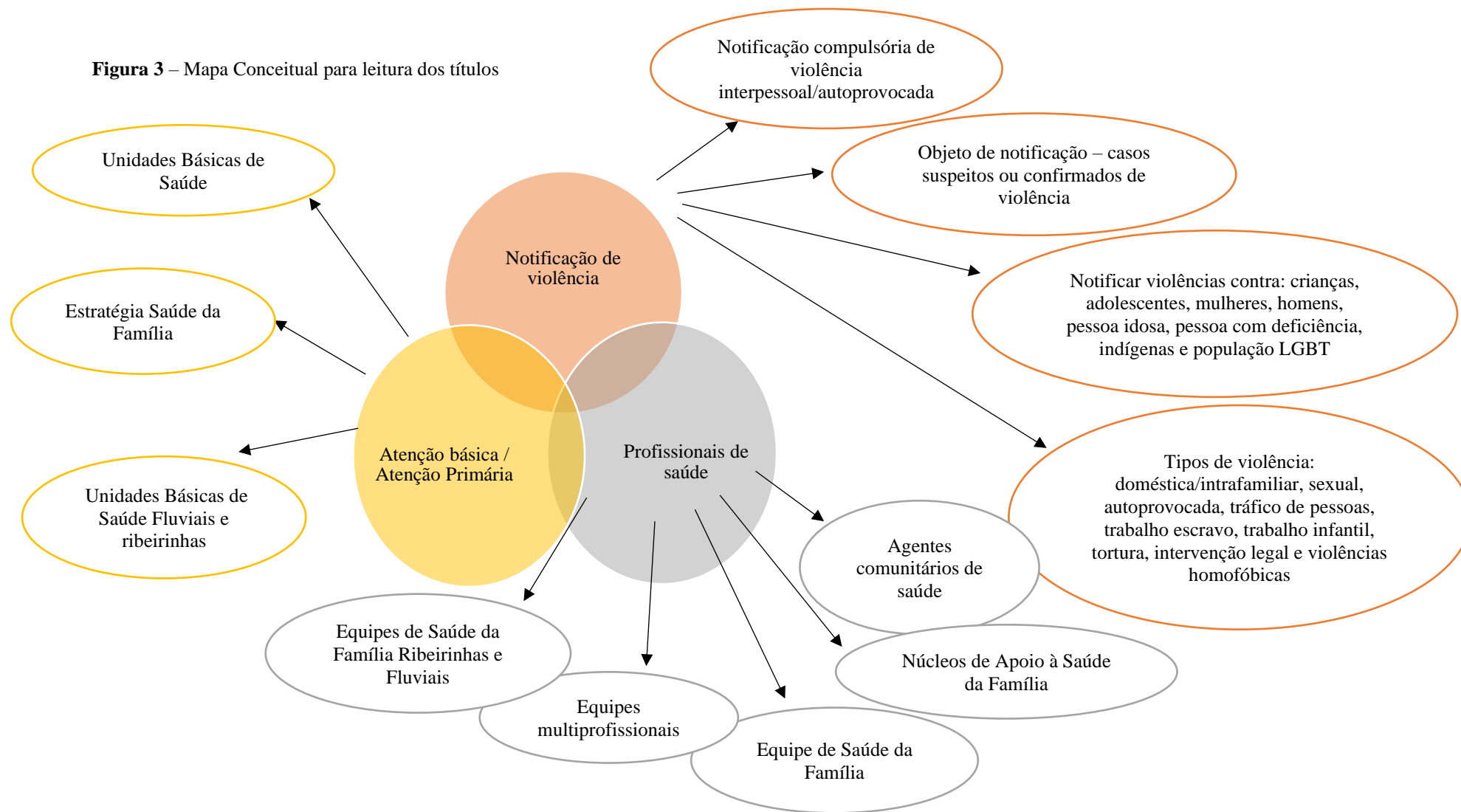
Para conduzir a leitura criteriosa dos títulos e resumos formulou-se um mapa conceitual a partir das leituras dos seguintes documentos:

- A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), que estabelece diretrizes nas quais são contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos;
- Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela portaria nº 2.488 de 21 outubro de 2011, alterada pela portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017;
- Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011– inclui violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de notificação compulsória (BRASIL, 2011b).
- A Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que inclui na lista de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências e estabelece a notificação imediata (em até 24 horas) para os casos – violência sexual e tentativa de suicídio, em âmbito municipal (BRASIL, 2014a).
- Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em

Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

- A Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências (BRASIL, 2014b).

Figura 3 – Mapa Conceitual para leitura dos títulos



Finalizada a etapa de elaboração da estratégia de busca, é chegado o momento de aplicação da tática para dar início à pesquisa dos estudos que serão analisados. Ao aplicar os descritores na janela de busca do banco de dados obteve-se o seguinte resultado: 560 resultados para: Notificação de violência *AND* Profissionais de Saúde *AND* Atenção Básica e 623 resultados para: Notificação de violência *AND* Profissionais de Saúde *AND* Atenção primária.

Realizou-se uma primeira leitura para familiarização com a base de dados e com os títulos que emergiram na busca, neste momento também foram construídas 2 planilhas no programa *Word* com os títulos que surgiram na busca dos descritores. A planilha 1 comportou os títulos da busca: Notificação compulsória de violência *AND* Profissionais de Saúde *AND* Atenção Básica, a planilha 2 os títulos que surgiram na busca: Notificação compulsória de violência *AND* Profissionais de Saúde *AND* Atenção primária.

A segunda leitura do material foi realizada com o objetivo de filtrar os textos a partir dos descritores: “Atenção Básica” e “Atenção Primária”. Observou-se nessa leitura o debate apontado nos estudos de Mello, Fontanella e Demarzo (2009) e Giovanella (2018), que os termos são empregados como sinônimos na literatura que debate este nível de atenção à saúde. Os 560 textos oriundos da busca dos descritores: Notificação de violência *AND* Profissionais de Saúde *AND* Atenção Básica encontram-se embutidos na busca dos descritores: Notificação de violência *AND* Profissionais de Saúde *AND* Atenção primária. Dessa leitura produziu-se uma terceira planilha para nova leitura.

A terceira leitura do material mais atenta e criteriosa dos títulos levou em consideração o mapa conceitual construído e foi possível realizar um levantamento segundo os descritores eleitos para a busca. Nesse momento foram levantados os textos que traziam em seus títulos os descritores principais: Notificação de violência *AND* Profissionais de Saúde *AND* Atenção Básica/Atenção primária, e considerou-se também os textos que trouxeram o debate acerca da violência, gerando assim um novo descritor por associação, isso se deu em virtude da quantidade de textos que contemplaram em seus títulos a abordagem da violência.

Seguindo esse caminho foi possível visualizar o seguinte cenário que segue nos quadros a seguir sendo assim possível construir uma caracterização dos estudos levantados na base de dados.

Quadro 1 – Dissertações encontrados na base de dados a partir dos descritores principais

Descritores	Títulos
<p>Notificação de violência</p> <p>Profissionais de saúde</p> <p>Atenção Básica / Atenção primária</p>	<p>1. GALVÃO, Vanessa Almira Brito de Medeiros. Os profissionais de saúde diante da violência: mapeando o processo de implantação da notificação na rede básica de saúde em natal/RN – 01/06/2008 208 f. Mestrado em PSICOLOGIA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL Biblioteca Depositária: Biblioteca Central Zila Mamede</p> <p>2. SILVA, JOAO LUIS DA. Entre as amarras do medo e o dever sociossanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária. 01/08/2012 168 f. Mestrado em INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da Universidade Federal de PE</p> <p>3. MOREIRA, Gracyelle Alves Remigio. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família – 01/11/2012 80 f. Mestrado em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, Fortaleza Biblioteca Depositária: Universidade de Fortaleza</p> <p>4. LUNA, Geisy Lanne Muniz. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família – Fortaleza – CE 01/12/2007 92 f. Mestrado em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, Fortaleza Biblioteca Depositária: Universidade de Fortaleza</p> <p>5. BARBOSA, Isabella Lima. Estratégia Saúde da Família e a notificação de maus tratos contra criança e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza 01/11/2010 77 f. Mestrado em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, Fortaleza Biblioteca Depositária: Universidade de Fortaleza</p>

	<p>6. CROVATO, Cristina Aparecida Dos Santos. A notificação compulsória da violência e seus desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da família em Uberlândia/MG' 23/03/2017 97 f. Mestrado Profissional em SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, Uberlândia Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA</p> <p>7. ANTONIOLLI, Nelissandra Cristiane Scorsato. Identificação e notificação da violência contra idosos na Estratégia de Saúde da Família' 04/04/2013 97 f. Mestrado em ENVELHECIMENTO HUMANO Instituição de Ensino: Fundação Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da Universidade de Passo Fundo.</p> <p>8. MARQUES, Caroline dos Santos. Notificação de violência intrafamiliar na perspectiva de enfermeiros e médico da estratégia saúde da família.2019, 83 f. Dissertação (mestrado). Faculdade de Enfermagem. -Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.</p>
<p>Notificação de violência Profissionais de saúde</p>	<p>1. ROLIM, Ana Carine Arruda. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em municípios cearenses' 31/10/2013 94 f. Mestrado em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, Fortaleza Biblioteca Depositária: Universidade de Fortaleza</p> <p>2. PINTO, José Reginaldo. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em cinco regiões de saúde do Ceará' 01/10/2012 85 f. Mestrado em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, Fortaleza Biblioteca Depositária: Universidade de Fortaleza</p>

3. SILVA, Ivna Zaíra Figueredo da. **Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes em microrregiões de saúde do Ceará'** 01/11/2011 87 f. Mestrado em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, Fortaleza Biblioteca Depositária: Universidade de Fortaleza
4. LIMA, Jeanne de Souza. **Análise da implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro'** 01/03/2012 145 f. Doutorado em SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: FUNDACAO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO Biblioteca Depositária: Lincoln de Freitas Filho
5. NOGUEIRA, Elza Gomes Finotti. **notificação de violência contra a mulher na rede pública de saúde de Goiânia-Goiás'** 27/11/2013 f. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, Goiânia Biblioteca Depositária
6. CARNASSALE, Vania Denise. **Notificação de violência contra a mulher: conhecer para intervir na realidade'** 01/12/2012 149 f. Mestrado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, São Paulo Biblioteca Depositária: Wanda de Aguiar Horta
7. SANTOS, Rejane Antonia Costa Dos. **Violência contra a mulher: atuação dos profissionais de saúde acerca da notificação compulsória da violência nos territórios do campo, da floresta e das águas'** 31/05/2016 99 f. Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte Biblioteca Depositária: UFMG.
8. SOUZA, Camila dos Santos. **Notificação da violência infanto-juvenil nas unidades de emergência em saúde: atuação e dificuldades de profissionais e serviços'** 01/03/2011 105 f. Mestrado em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino:

	<p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, Feira de Santana Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA CENTRAL JULIETA CARTEADO</p> <p>9. SANTOS, Michele Mariana Vieira Ferreira. Modelagem dos conceitos associados à notificação compulsória de maus tratos contra crianças e adolescentes' 25/02/2014 103 f. Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, Niterói Biblioteca Depositária: Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense.</p> <p>10. SCHUSTER, Lucineia. Repertórios e Sentidos sobre a notificação compulsória de casos de violência contra crianças e adolescentes no município de Goiânia - Goiás' 03/03/2015 106 f. Mestrado em PSICOLOGIA Instituição de Ensino: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, Goiânia Biblioteca Depositária: tede.ucg.br.</p> <p>11. FARAJ, Suane Pastoriza. A notificação da violência, o atendimento psicológico e a rede de proteção da criança e do adolescente: o olhar de profissionais do sistema de garantia de direitos' 20/03/2014 f. Mestrado em PSICOLOGIA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, Santa Maria Biblioteca Depositária.</p> <p>12. BATISTA, Aline Pozzolo. Diagnóstico e notificação do abuso sexual infantil intrafamiliar pelos serviços de saúde no Paraná.' 01/10/2009 86 f. Mestrado em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO Biblioteca Depositária: CBC.</p> <p>13. ALVES, Ariadna Queltre Nobre. O abuso sexual no itinerário da revelação notificação: caminhos e descaminhos' 01/04/2006 145 f. Mestrado em POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIEDADE Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA Biblioteca Depositária: Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade.</p>
--	--

Fonte: elaboração da autora.

Dos oito títulos que contemplam os descritores principais da busca elencados para pesquisa, *Notificação de violência, profissionais de saúde e Atenção Básica/ Atenção primária*, é possível identificar a presença do debate em torno da notificação de violência contra crianças e adolescentes com quatro estudos debatendo o tema: Silva (2012), Moreira (2012), Luna (2007) e Barbosa (2010). Apenas dois se debruçam sobre a notificação sem estabelecer critério populacional para a discussão dos entraves que repercute na processo de notificação Galvão (2008) e Crovato (2017); e um se detém em dialogar sobre a notificação de violência contra a pessoa idosa Antonielly (2013) e um debate a notificação de violência intrafamiliar Marques (2019).

Já os 13 estudos contemplados nos descritores, *Notificação de violência e profissionais de saúde*, há oito textos abordando a notificação de violência contra crianças e adolescentes Rolim (2013), Pinto (2012), Silva (2011), Lima (2012), Souza (2011), Santos (2014), Schuster (2015) e Faraj (2014), um trata da notificação contra criança – Batista (2009) – três detalhando a notificação de violência contra a mulher – Nogueira (2013), Carnassale (2012) e Santos (2016) –, e um texto analisa a notificação da violência: abuso-sexual Alves (2006).

É possível perceber com a leitura dos títulos desses estudos que há uma centralidade na discussão da notificação de violência contra crianças e adolescentes totalizando 13 dissertações que discute a temática Silva (2012), Moreira (2012), Luna (2007), Barbosa (2010), Rolim (2013), Pinto (2012), Silva (2011), Lima (2012), Souza (2011), Santos (2014), Schuster (2015), Faraj (2014) e Batista (2009) e o tipo de violência também é bem demarcado nesse debate; o mau-tratos contra esse segmento populacional presentes nos estudos de Moreira (2012), Luna (2007), Barbosa (2007), Rolim (2013), Pinto (2012), Silva (2011) e Santos (2014).

3.2.2. Etapa 2: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão

De acordo com Botelho *et. al.* (2011) o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos a serem analisados numa revisão integrativa depende muito dos critérios delineados na etapa anterior. Portanto, com base nas reflexões sobre o problema, pergunta e objetivo geral que tem como fim: *analisar as dificuldades encontradas no processo de trabalho dos profissionais de saúde inseridos nos serviços da atenção básica, relativas à notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada*, definiu-se os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, e seguindo a construção dos descritores e

da estratégia de busca estabeleceu-se os critérios de inclusão e exclusão³⁴, para identificação dos estudos que serão selecionados para análise.

Quadro 2 – Critérios de Inclusão e Exclusão dos Estudos

Critérios	Inclusão	Exclusão
a) Forma de abordagem	Pesquisa Qualitativa	Pesquisa Quantitativa
b) Objetivos da pesquisa	Pesquisa Exploratória Pesquisa Explicativa	Pesquisa Descritiva
c) Procedimentos Técnicos	Pesquisa de campo	Pesquisa Bibliográfica Pesquisa Documental
d) Técnicas de Investigação	Entrevista Questionário Grupo focal	Observação
e) Tema / Problema da pesquisa	Analisar/ compreender/ a notificação compulsória de violência.	-
d) cenário da pesquisa	Serviços da atenção básica/ primária.	-
e) Sujeitos da pesquisa	Profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde dos serviços da atenção básica/ primária.	-
f) Período	2005 a 2019	-

Fonte: elaboração da autora.

Optou-se por investigar estudos de cunho qualitativo, em virtude desses se preocuparem com um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois trabalham com questões referentes a valores, fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis. Como afirma Minayo (2011), corresponde às informações mais profundas das questões investigadas, explora os sentimentos, crenças e atitudes dos indivíduos. O que não é possível de se alcançar com uma pesquisa de natureza meramente qualitativa.

Conforme Sampierri, Collado e Lúcio (2013) o objetivo da pesquisa qualitativa demanda compreender e penetrar o conhecimento sobre os fenômenos desde a percepção

³⁴ Para Ganong (1987 *apud* BOTELHO *et al.*, 2011), os critérios de inclusão e exclusão devem ser identificados no estudo, sendo claros e objetivos. Mas podem sofrer reorganização durante o processo de busca dos artigos e durante a elaboração da revisão integrativa (URSI, 2005).

dos participantes ante um contexto natural e relacional da realidade que os rodeia, com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a exprimir suas subjetividades como afirma Minayo (2014).

Robert K. Yin (2016, p.7) relaciona cinco características da pesquisa qualitativa:

1. Estudar o significado das condições de vida real das pessoas;
2. Representar a opinião das pessoas ante um estudo;
3. Abranger o contexto social, cultural, econômico, relacional etc. que as pessoas vivem;
4. Contribuir com revelações sobre conceitos que podem ajudar a explicar o comportamento social humano;
5. O esforço em utilizar múltiplas fontes de evidência. (YIN, 2016, p.7)

Os estudos devem apresentar objetivos de natureza exploratória ou explicativa. De acordo com Andrade (2009, p. 114) a pesquisa exploratória “busca conhecer com profundidade o assunto, de modo a torná-lo mais vivo ou construir questões importantes para a condução da pesquisa”. Segundo Selltiz *et al.* (1965), enquadram-se na categoria dos estudos exploratórios todos aqueles que buscam descobrir ideias e intuições, na tentativa de adquirir maior familiaridade com o fenômeno pesquisado.

Para Gil (1999) a pesquisa exploratória tem como objetivo principal desenvolver, esclarecer conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. As pesquisas explicativas, segundo Gil (1999), ocupam-se em identificar os fatores que determinam ou contribuem para ocorrência dos fenômenos. “Ou seja, este tipo de pesquisa explica o porquê das coisas através dos resultados oferecidos” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 36). Para Oliveira (2011, p. 22-23) a pesquisa explicativa é a que mais busca aprofundar o conhecimento de uma realidade, “pois tenta explicar a razão e as relações de causa e efeito dos fenômenos. É o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade.”

Já a pesquisa descritiva se limita a uma descrição “pura e simples de cada uma das variáveis, isoladamente, sem que sua associação ou interação com as demais sejam examinadas” (CASTRO, 1976, p. 66). De acordo com Aaker, Kumar e Day (2004), a pesquisa descritiva, normalmente, usa dados dos levantamentos e caracteriza-se por hipóteses especulativas que não especificam relações de causalidade por essas características não serem analisadas.

Em relação aos procedimentos técnicos pretende-se analisar estudos que tenham realizado pesquisa de campo, pois o trabalho de campo possibilita estabelecer relações constantes entre determinadas condições e determinados eventos observados. Para Minayo (1994, p. 53) a pesquisa de campo é “o recorte que o pesquisador faz em termos

de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação”.

De acordo com Ruiz (1976, p. 50), “a pesquisa de campo consiste na observação dos fatos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados e no registro de variáveis presumivelmente relevantes para ulteriores análises”. Em virtude do exposto serão excluídos os estudos de pesquisa documental e bibliográfico bem como as revisões de literatura tendo em vista que o presente trabalho é um estudo de revisão.

No que concerne às técnicas de investigação ou coleta de dados dos estudos que serão analisados buscar-se-á por estudos que tenham utilizado as técnicas de entrevista e questionário por entender que essas duas técnicas garantem a apreensão imparcial do objeto de pesquisa, é pensando no quesito imparcialidade que serão descartados os estudos que trabalharam com observação e grupo focal, por acreditar que essas técnicas carregam muito a influência do pesquisador na condução da investigação do objeto.

A entrevista, segundo Marconi e Lakatos (2011 p. 111) consiste numa “conversação efetuada face a face, de maneira metódica; proporciona ao entrevistador, verbalmente, a informação necessária” e pode ser: padronizada ou estruturada, despadronizada e não estruturada ou painel. De acordo com Gil (1999), a entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas nas pesquisas sociais. Esta técnica de coleta de dados é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam e desejam, assim como suas razões para cada resposta.

O questionário, de acordo com Cervo e Bervian (2002, p. 48), “refere-se a um meio de obter respostas às questões por uma fórmula que o próprio informante preenche”. Ele pode conter perguntas abertas e/ou fechadas. As abertas possibilitam respostas mais ricas e variadas e as fechadas maior facilidade na tabulação e análise dos dados. De forma idêntica, Marconi e Lakatos (1996, p. 88) definem o questionário estruturado como uma “[...] série ordenada de perguntas, respondidas por escrito sem a presença do pesquisador”.

Dentre as vantagens do questionário, destacam-se as seguintes: ele permite alcançar um maior número de pessoas; é mais econômico; a padronização das questões possibilita uma interpretação mais uniforme dos respondentes, o que facilita a compilação e comparação das respostas escolhidas, além de assegurar o anonimato ao interrogado.

Em relação ao tema/problema de investigação dos estudos buscar-se-á por pesquisas que tenham o objetivo de investigar, analisar ou compreender o processo de

notificação³⁵ compulsória de violência interpessoal/ autoprovocada, que tenham como cenário os serviços de atenção básica/ primária, e os profissionais de saúde que atuam nos serviços de atendimento sujeitos de pesquisa.

A PNAB preconiza os tipos de unidades e equipamentos de saúde³⁶, são eles: Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSFF), Unidade Odontológica Móvel (UOM), Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), equipes de Consultório na Rua ECR.

Os profissionais são inseridos nas ESF, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Básica (EAB).

Quanto ao período buscou-se documentos produzidos entre 2005 e 2019, a escolha por esse período levou-se em conta os marcos legais que constitui e preconiza a notificação compulsória em violência sendo eles: A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), que estabelece diretrizes nas quais são contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos.

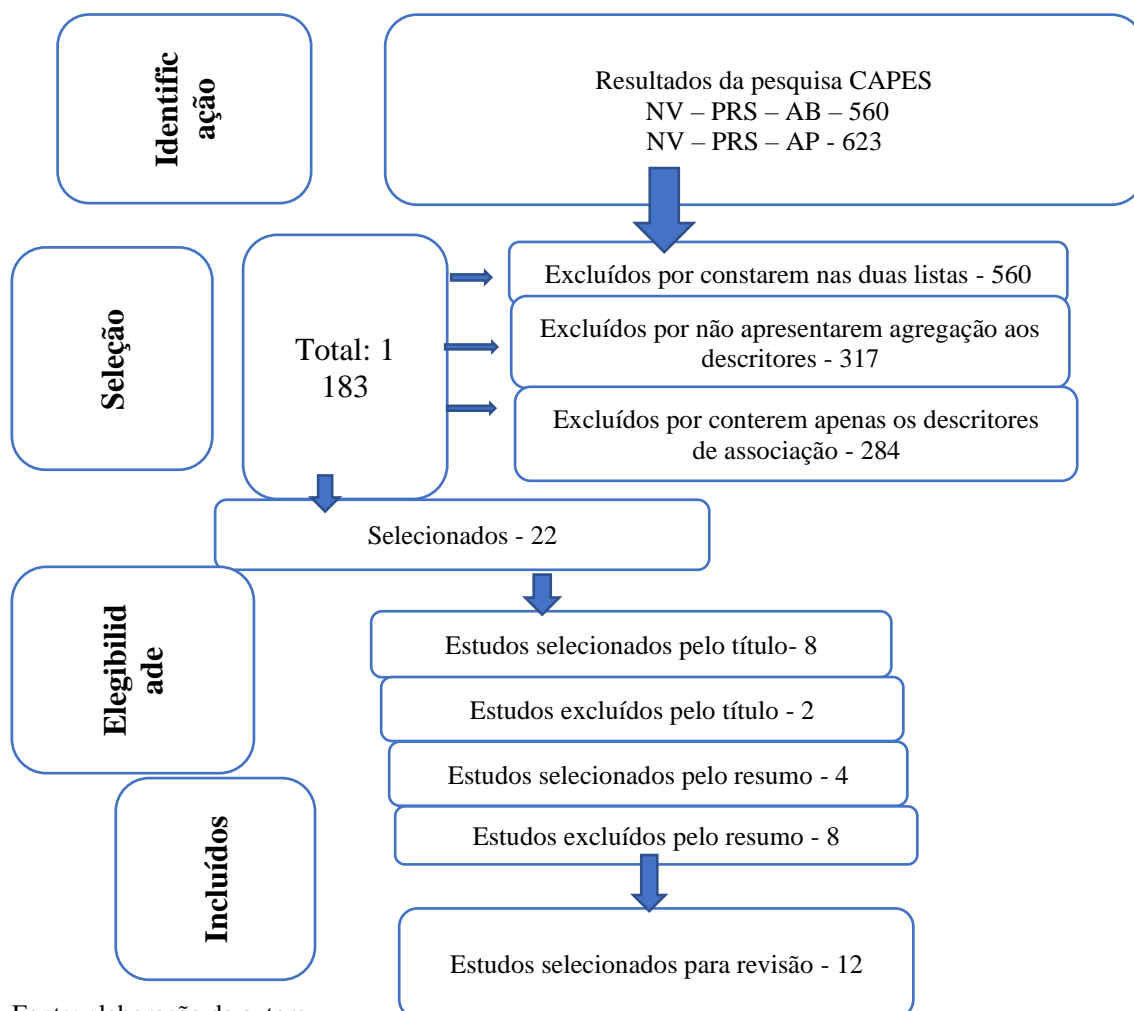
³⁵ Considera-se como violência, para fins de notificação, “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG, 2002). Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial. A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos, segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). (BRASIL, 2016)

³⁶ Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde - UBS. Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS. (BRASIL, 2017)

Levou-se em conta também as Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011– inclui violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de notificação compulsória (BRASIL, 2011b), Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que inclui na lista de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências e estabelece a notificação imediata (em até 24 horas) para os casos – violência sexual e tentativa de suicídio, em âmbito municipal (BRASIL, 2014a) e a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências (BRASIL, 2014b).

Após esse movimento foi possível elaborar o cenário que se segue no fluxograma abaixo:

Figura 4 – Fluxograma da Revisão Integrativa: identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados



Fonte: elaboração da autora.

3.2.3. Etapa 3: Identificação dos estudos pré-selecionados

De acordo com Botelho *et al.* (2011) para identificação dos estudos a serem analisados realiza-se a leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chaves de todas

as publicações localizadas pela estratégia de busca, para posteriormente verificar sua adequação aos critérios de inclusão do estudo. Para identificação dos estudos foi realizado uma minuciosa leitura dos elementos sinalizados pelos autores, e aplicados os critérios de inclusão e exclusão durante a leitura dos estudos pré-selecionados organizados a partir dos descritores principais: Notificação de violência – Profissionais de saúde Atenção Básica/Atenção primária o que possibilitou a construção do quadro de identificação dos estudos selecionados para análise.

Para a coleta de dados dos estudos selecionados para esta revisão foi utilizado um instrumento para extração de dados adaptado dos estudos de Soares e Yonekura (2011) e de Souza, Silva e Carvalho (2010). Esse instrumento permitiu o recolhimento de informações apresentadas nos estudos, a fim de responder à questão norteadora da revisão, também foram definidas as características e informações pertinentes para serem coletadas.

O instrumento para coleta é composto pelos seguintes itens: 1. Identificação título, autor (a), orientador (a), Instituição de ensino, Programa de Pós-graduação, Linha de pesquisa, tipo de estudo, Ano da publicação, Resumo, Palavras-chaves. 2. Características metodológicas do Estudo: Estrutura/apresentação, problema/ questão de pesquisa, Objetivo da pesquisa, Delineamento da pesquisa, Instrumento utilizado na pesquisa, sujeitos envolvidos na pesquisa, Análise/ tratamento dos dados, Resultados, Conclusão / considerações. 3. Considerações sobre o estudo: comentários/ parecer, categorias apontadas no estudo que dificultam o ato de notificar a violência, questões para refletir.

A identificação dos estudos selecionados se refere a uma visão geral das publicações que formam o conjunto a ser analisado, organizando-os no quadro que segue com a seguinte estrutura: o título da publicação e autor, o ano e o tipo de publicação, a instituição de ensino, bem como o programa de pós-graduação e a linha de pesquisa.

Quadro 3 – Identificação dos estudos selecionados

Nº	Título / Autor (a)/ Orientação	Ano/ Tipo	Instituição de Ensino	Programa de pós-graduação	Linha de Pesquisa
1	Identificação e notificação da violência contra idosos na estratégia de saúde da família ANTONIOLLI, Nelissandra C. Scrosato Drº Luiz Antônio Bettinelli Coorientador: Drº Adriano Pasqualotti	2013 Dissertação	Universidade de Passo Fundo	PPG- em envelhecimento humano	Gerontologia
2	Estratégia Saúde da Família e a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na região metropolitana de fortaleza BARBOSA, I. Lima Drª Luiza Jane Eyrede Souza Vieira	2010 Dissertação	Universidade de Fortaleza	PPG- em Saúde Coletiva	Políticas e práticas na promoção da saúde
3	Notificação de violência contra a mulher: conhecer para intervir na realidade CARNASSALE, Vânia Denise Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca	2012 Dissertação	Universidade De São Paulo	PPG – em enfermagem	Cuidados em Saúde – Enfermagem em Saúde Coletiva
4	A notificação compulsória da violência e seus desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da família em Uberlândia/MG CROVATO, Cristiana A. dos Santos Drª Rosuita Fratari Bonito	2017 Dissertação	Universidade Federal de Uberlândia	PPG – profissional em saúde ambiental e saúde do trabalhador	Saúde do trabalhador

5	Os profissionais de saúde diante da violência: mapeando o processo de implantação da notificação na rede de saúde em Natal/RN GALVÃO, Vanessa A. B. de Medeiros Dr ^a Magda Dimenstein	2008 Dissertação	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	PPG- em Psicologia	Psicologia e Práticas Sociais
6	Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família – Fortaleza (CE) LUNA, Geisy Lanne Muniz Dr ^a Luiza Jane Eyrede Souza Vieira	2007 Dissertação	Universidade de Fortaleza	PPG- em Saúde Coletiva	Políticas e práticas na promoção da saúde
7	Notificação de violência intrafamiliar na perspectiva de enfermeiros e médico da estratégia saúde da família MARQUES, Caroline dos Santos Dr ^a Lucia Helena Garcia Penna	2019 Dissertação	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	PPG- em Enfermagem	Enfermagem, saúde e sociedade
8	Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da estratégia de saúde da família MOREIRA, Gracyelle Alves Remigio Dr ^a Luiza Jane Eyrede Souza Vieira	2012 Dissertação	Universidade de Fortaleza	PPG- em Saúde Coletiva	Políticas e práticas na promoção da saúde
9	Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes em cinco regiões de saúde do Ceará PINTO, José Reginaldo Dr ^a Luiza Jane Eyrede Souza Vieira	2012 Dissertação	Universidade de Fortaleza	PPG- em Saúde Coletiva	Políticas e práticas na promoção da saúde

10	Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em microrregiões de saúde do Ceará SILVA, Ivna Zaíra Figueredo da Dr ^a Luiza Jane Eyrede Souza Vieira	2011 Dissertação	Universidade de Fortaleza	PPG- em Saúde Coletiva	Políticas e práticas na promoção da saúde
11	Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário: Notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária SILVA, João Luís da Dr ^a Maria Luiza Carvalho de Lima	2012 Dissertação	Universidade Federal de Pernambuco	PPG- integrado em saúde coletiva	Saúde Coletiva
12	Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em municípios cearenses ROLIM, Ana Carine Arruda. Dr ^a Luiza Jane Eyrede Souza Vieira	2013 Dissertação	Universidade de Fortaleza	PPG- em Saúde Coletiva	Políticas e práticas na promoção da saúde

Fonte: elaboração da autora.

3.2.4. Etapa 4: Categorização dos estudos selecionados

De acordo com Botelho *et al.* (2011) esta etapa representa a essência da revisão integrativa. Ursi (2005) salienta que o pesquisador deve utilizar um instrumento para análise de cada artigo separadamente, para que os dados sejam extraídos tanto em nível metodológico quanto em relação aos resultados da pesquisa, tal instrumento deve possibilitar ainda, a síntese dos artigos levando em consideração suas diferenças.

A quarta etapa tem por objetivo sumarizar e documentar as informações extraídas dos artigos científicos encontrados nas fases anteriores. Essa documentação deve ser elaborada de forma concisa e fácil (BROOME, 2006). As informações coletadas dos artigos devem incluir, por exemplo: tamanho da amostra e quantidade dos sujeitos, metodologia, mensuração de variáveis, métodos de análise, a teoria ou conceitos embasadores utilizados (GANONG, 1987). (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 131)

Após as leituras dos estudos completos e preenchimento do instrumento de coleta de dados estudos foi possível formular um cenário de leitura para reflexões sobre o problema de pesquisa. Para construção das categorias de análise foi utilizada o método de análise de conteúdo, o procedimento permite estudar a comunicação, colocando em evidência o conteúdo das mensagens obtidas. Dentre as técnicas apresentadas por Bardin (2016), a empregada nesta pesquisa é a categorial ou temática.

Tal modalidade leva em consideração a frequência dos temas extraídos do discurso, ou seja, parte do maior número de respostas similares, agrupando-as para organizar uma determinada categoria. Dessa forma, ao identificar as categorias presentes na ordenação do material trabalhado, será possível manter aproximações entre as informações contidas nos discursos dos participantes, possibilitando, assim, a elaboração das categorias de respostas.

Para construção da categorização dos estudos selecionados para a investigação inicialmente foi realizado um levantamento das temáticas, que mais se apresentavam nos textos, que se será possível ler no quadro Levantamento de temáticas dos estudos selecionados. Com o levantamento das temáticas foi possível associar os temas a cinco categorias macros que serão o escopo do debate desse estudo: A formação – inicial, continuada, e nos serviços – dos profissionais; o medo / receio, precarização do trabalho; intersectorialidade.

Quadro 4 – Levantamento de temáticas dos estudos selecionados

Título	Temáticas apresentadas nos estudos
I. Identificação e notificação da violência contra idosos na estratégia de saúde da família	Medo de represália /Medo de prejudicar / Acreditam não ser sua função/ Não achar necessário/ Sobrecarga de trabalho/

ANTONIOLLI, Nelissandra C. S. (2013)	Despreparo para lidar com tema / Falta de informações e conhecimento/ Falta de intervenções efetivas
II. Estratégia Saúde da Família e a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na região metropolitana de fortaleza BARBOSA, Isabella Lima (2010)	Não é demanda da Atenção Básica / Falta de estrutura da rede de apoio/ Falta de conhecimento/ capacitação dos profissionais /Falta de proteção ao profissional que notifica / Medo de envolvimento legal
III. Notificação de violência contra a mulher: conhecer para intervir na realidade CARNASSALE, Vânia Denise (2012)	Despreparo dos profissionais / Desconhecimento do tema/ Inexistência de instrumentos/ Não diferenciam a notificação de denúncia/ Desconhecimento do processo que envolve a notificação/ Desconforto e medo nos profissionais e usuários
IV.A notificação compulsória da violência e seus desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da família em Uberlândia/MG CROVATO, Cristiana A. dos S. (2017)	Despreparo/ desconhecimento / Medo da reação da família / Medo do agressor (retaliação do agressor, vingança do agressor) / Medo da vítima não confirmar o fato após a notificação Falta de tempo/ Acúmulo de serviço/ Elevada demanda nas unidades/ Ficha extensa Campos confusos/ Falta de entendimento da necessidade de preenchimento da ficha/ Falta de conhecimento sobre o preenchimento da ficha
V. Os profissionais de saúde diante da violência: mapeando o processo de implantação da notificação na rede de saúde em Natal/RN – GALVÃO, Vanessa A. B. de M. (2008)	Medo/ Falta de conhecimento ou preparo /Falta de suporte/ Adoecimento dos profissionais
VI. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família Fortaleza (CE) LUNA, Geisy Lanne Muniz (2007)	Não é demanda da atenção básica / Falta de estrutura da rede de apoio/ Falta de conhecimento da ficha/ Falta de treinamento/ Falta de conhecimento dos procedimentos legais / Dificuldade em lidar com a situação / Medo de envolvimento legal/Sobrecarga de trabalho/ Ficha muito detalhada/Riscos a equipe /Envolvimento legal/ Medo de repressão por parte do agressor/Envolvimento emocional/ Falta de conhecimento sobre a ficha de notificação/ Falta de conhecimento do órgão para o encaminhamento / Falta de treinamento para tratar sobre o assunto

<p>VII. Notificação de violência intrafamiliar na perspectiva de enfermeiros e médico da estratégia saúde da família</p> <p>MARQUES, Caroline dos Santos (2019)</p>	<p>Dificuldade na visualização e identificação da violência / Medo de realizar a notificação de violência por conta de represálias/ Tempo curto/ Sobrecarga de atividade/ Acreditar que realizar a notificação de violência pode piorar a situação do usuário que vivencia a violência / Veem a notificação de violência como denúncia</p>
<p>VIII. Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da estratégia de saúde da família</p> <p>MOREIRA, Gracyelle Alves R. (2012)</p>	<p>Falta de conhecimento / capacitação sobre o assunto/Medo de envolvimento legal/ Falta de proteção ao profissional que notifica / Falta de estrutura na rede de apoio</p>
<p>IX. Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes em cinco regiões de saúde do Ceará</p> <p>PINTO, José Reginaldo (2012)</p>	<p>Não é demanda da atenção básica / Falta de estrutura da rede de apoio/ Falta de capacitação / Medo de envolvimento legal/ Falta de proteção ao profissional / Falta de estrutura da rede</p>
<p>X. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em municípios cearenses</p> <p>Rolim, Ana Carine Arruda (2013)</p>	<p>Falta de estrutura na rede de apoio/Falta de conhecimento / capacitação sobre o assunto/ Falta de proteção ao profissional que notifica/ Medo de envolvimento legal</p>
<p>XI. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em microrregiões de saúde do Ceará</p> <p>SILVA, Ivna Zaíra Figueredo da (2011)</p>	<p>Não saber da existência da ficha/ Ausência de capacitação/ Reconhecimento de situações de violência/ A ficha não é um recurso disponível</p>
<p>XII. Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário: Notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária</p> <p>SILVA, João Luís da (2012)</p>	<p>Receio de sofrer represálias por parte do agressor/Receio de sofrer consequências no trabalho</p> <p>Receio de prejudicar a vítima / Receio de represálias aos ACS/ Exposição dos profissionais / Fluxo não sigiloso da ficha/ Não saber como notificar/ Não saber a quem notificar/ Não saber identificar os casos com exatidão / Preenchimento da ficha de notificação/ Despreparo da equipe/ Falta de articulação com outros setores/ Ausência de uma rede de suporte/ Não feedback dos casos por outros setores/Burocracia de outros setores/ Tempo curto para atender e notificar/ Opção pelo não envolvimento em</p>

	questões familiares dos pacientes/ Violência da comunidade/ Pacto de silêncio da comunidade
--	--

Fonte: elaboração da autora.

O levantamento das ocorrências das temáticas foi baseado no modo como foram apresentadas nos estudos levando em consideração a frequência com que foram emergindo nos debates e conforme foram sendo analisadas nos estudos. Em seguida considerou-se a quantidade de estudos que discutiram e apareçam para que dessa forma fosse elaborado o quadro que se segue.

Quadro 5 – Levantamento das ocorrências

Categoria	Temáticas	Estudos
Formação - inicial / continuada / nos serviços	<p>Despreparo para lidar com o tema / Falta de informações e conhecimento / capacitação dos profissionais / Despreparo dos profissionais / Desconhecimento do tema / Desconhecimento do processo que envolve a notificação / Não diferenciam a notificação de denúncia</p> <p>Despreparo/ desconhecimento / Falta de entendimento da necessidade de preenchimento da ficha / Falta de conhecimento sobre o preenchimento da ficha / Campos confusos / Falta de conhecimento ou preparo / Falta de conhecimento sobre a ficha de notificação / Falta de conhecimento dos procedimentos legais / Dificuldade em lidar com a situação / Falta de treinamento para tratar sobre o assunto / Dificuldade na visualização e identificação da violência / Veem a notificação de violência como denúncia / capacitação sobre o assunto / Falta de capacitação / Falta de conhecimento / capacitação sobre o assunto</p> <p>Não saber da existência da ficha / Ausência de capacitação / Reconhecimento de situações de violência / Não saber como notificar / Não saber a quem notificar / Não saber identificar os casos com exatidão / Preenchimento da ficha de notificação/ Despreparo da equipe</p> <p>Acreditam não ser sua função / Não achar necessário / Não é demanda da Atenção Básica.</p>	<p>ANTONIOLLI (2013). BARBOSA (2010). CARNASSALE (2012). CROVATO (2017). GALVÃO (2008). LUNA (2007). MARQUES (2019). MOREIRA (2012). PINTO (2012). ROLIM (2013). SILVA (2011). SILVA (2012).</p>
Medo / Receio	<p>Medo de Prejudicar / Medo de envolvimento legal / Desconforto e medo nos profissionais e usuários / Medo da reação da família / Medo do agressor (retaliação do agressor, vingança do agressor/ represália) / Medo da vítima não confirmar o fato após a notificação / Riscos a equipe / Envolvimento emocional / Medo de realizar a notificação de violência por conta de represálias / Acreditar que realizar a notificação de violência pode piorar a situação do usuário que vivencia a violência / Receio de sofrer represálias por parte do agressor / Receio de sofrer consequências</p>	<p>ANTONIOLLI (2013). BARBOSA (2010). CARNASSALE (2012). CROVATO (2017). GALVÃO (2008). LUNA (2007).</p>

	no trabalho / Receio de prejudicar a vítima / Receio de represálias aos ACS/ Exposição dos profissionais / Fluxo não sigiloso da ficha / Violência da comunidade/ Pacto de silêncio da comunidade/ Opção pelo não envolvimento em questões familiares dos pacientes.	MARQUES (2019). MOREIRA (2012). PINTO (2012). ROLIM (2013). SILVA (2012).
Precarização do trabalho	Sobrecarga de trabalho / inexistência de instrumentos /Falta de tempo / Acúmulo de serviço / Elevada demanda nas unidades/ Adoecimento dos profissionais / Ficha muito detalhada Tempo curto / A ficha não é um recurso disponível /Tempo curto para atender e notificar	ANTONIOLLI (2013). CARNASSALE (2012). GALVÃO (2008). LUNA (2007). MARQUES (2019). SILVA (2011). SILVA (2012).
Rede de serviços Socioassistenciais	Falta de intervenções efetivas / Falta de estrutura da rede de apoio / Falta de proteção ao profissional que notifica / Falta de suporte / Falta de conhecimento do órgão para o encaminhamento /Falta de articulação com outros setores / Ausência de uma rede de suporte / Não feedback dos casos por outros setores/ Burocracia de outros setores.	ANTONIOLLI (2013). BARBOSA (2010). GALVÃO (2008). LUNA (2007). MOREIRA (2012). PINTO (2012). ROLIM (2013). SILVA (2012).

Fonte: elaboração da autora.

Por fim elencou-se uma categoria macro de leitura e uma subcategoria para identificar as nuances que se apresentaram e elaborou-se o quadro que segue.

Quadro 6 – Categorização dos estudos selecionados

Categoria	Subcategorias	Temáticas	Estudos
Formação - inicial / continuada / nos serviços.	Desconhecimento / despreparo dos profissionais sobre o tema Ausência de capacitação dos profissionais para tratar sobre o assunto	Reconhecimento de situações de violência / Não diferenciam a notificação de denúncia / Veem a notificação de violência como denúncia / Dificuldade na visualização e identificação da violência / Não saber identificar os casos com exatidão/ Dificuldade em lidar com a situação / Acreditam não ser sua função / Não achar necessário / Não é demanda da Atenção Básica / Opção pelo não envolvimento em questões familiares dos pacientes/ é uma questão de justiça e não de saúde/ falta de sensibilização Desconhecimento do processo que envolve a notificação / Falta de entendimento da necessidade de preenchimento da ficha / Falta de conhecimento sobre o preenchimento da ficha / Falta de conhecimento dos procedimentos legais / Não saber da existência da ficha / Não saber como notificar / Não saber a quem notificar / Despreparo da equipe.	ANTONIOLLI (2013). BARBOSA (2010). CARNASSALE (2012) CROVATO (2017). GALVÃO (2008). LUNA (2007) MARQUES (2019) MOREIRA (2012). PINTO (2012). ROLIM (2013). SILVA (2011). SILVA (2012).
Medo / Receio	Medo	Medo de represália do agressor (retaliação do agressor, vingança do agressor) / Medo de Prejudicar / Medo de envolvimento legal/ Desconforto e medo nos profissionais e usuários/ Medo da reação da família / Medo da vítima não	ANTONIOLLI (2013). BARBOSA (2010). CARNASSALE (2012). CROVATO (2017)

	Receio	<p>confirmar o fato após a notificação/ Acreditar que notificar gera riscos a equipe / Envolvimento emocional / Acreditar que realizar a notificação de violência pode piorar a situação do usuário que vivencia a violência/ Falta de proteção ao profissional que notifica</p> <p>Receio de sofrer represálias por parte do agressor / Receio de sofrer consequências no trabalho / Receio de prejudicar a vítima / Receio de represálias aos ACS / Exposição dos profissionais / Fluxo não sigiloso da ficha / Violência da comunidade/ Pacto de silêncio da comunidade.</p>	<p>GALVÃO (2008). LUNA (2007). MARQUES (2019). MOREIRA (2012). PINTO (2012). ROLIM (2013). SILVA (2011). SILVA (2012).</p>
Intersetorialidade	<p>Estrutura da rede apoio</p> <p>Rede de serviços</p>	<p>Falta de intervenções efetivas / Falta de estrutura da rede de apoio / Falta de suporte / Falta de conhecimento do órgão para o encaminhamento</p> <p>Falta de articulação com outros setores / Ausência de uma rede de suporte / Não feedback dos casos por outros setores/ Burocracia de outros setores</p>	<p>ANTONIOLLI (2013). BARBOSA (2010). GALVÃO (2008). LUNA (2007). MOREIRA (2012). PINTO (2012). ROLIM (2013). SILVA (2012)</p>
Precarização do trabalho	Sobrecarga de trabalho	Falta de tempo / Acúmulo de serviço / Elevada demanda nas unidades / Adoecimento dos profissionais / Ficha muito	<p>ANTONIOLLI (2013). CARNASSALE (2012). GALVÃO (2008).</p>

	Insumos para realização das atividades	detalhada / Tempo curto / Tempo curto para atender e notificar A ficha não é um recurso disponível / Inexistência de instrumentos nos serviços	LUNA (2007). MARQUES (2019). PINTO (2012). SILVA (2011). SILVA (2012).
--	--	---	--

Fonte: elaboração da autora.

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

É neste estágio da pesquisa que dados isolados serão articulados e analisados visando responder ao problema delimitado ou à questão orientadora do estudo. Nesse sentido, visa-se compreender o problema em voga desse estudo: *baixo número de notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos serviços de saúde da atenção básica à saúde/atenção primária à saúde*. Buscou-se analisar os estudos visando respostas para a pergunta norteadora dessa investigação: *Que entraves no processo de trabalho influenciam o baixo número de notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos serviços de saúde da atenção básica à saúde/atenção primária à saúde?*

Foi possível inferir com as leituras desses estudos que há um padrão com vistas à generalização do cotidiano desses serviços que leva a não notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada pelos profissionais dos serviços de atenção básica. Os principais entraves elencados nos estudos perpassam pela formação que não prepara o futuro profissional para lidar com a violência em seu cotidiano de trabalho: medo/receio de comunicar uma situação de violência e sofrer uma represália em virtude do ato, a insuficiência dos serviços que compõem a rede de saúde e a rede socioassistencial para lidar com demandas de violência, e a precarização das condições de trabalho desses profissionais que sobrecarregados têm que escolher entre realizar um atendimento ou preencher uma ficha.

A fim de compreender como essas categorias operam, empreendeu-se uma breve articulação dos achados com o método filosófico de Gilles Deleuze e Felix Guattari, o Rizoma. A teoria é um modelo descritivo, na noção de rizoma foi adotada a estrutura de algumas plantas cujos brotos podem ramificar-se, talo ou ramo, independente de sua localização na figura da planta, servindo para exemplificar um sistema epistemológico onde não há raízes, ou seja, proposições ou afirmações mais fundamentais que outras, que se ramifiquem segundo dicotomias.

4.1. Etapa 5: Análise e interpretação dos resultados

Foi possível inferir com as leituras minuciosas desses estudos que há um padrão com vistas a generalização do cotidiano desses serviços que levam a não notificação compulsória de violência pelos profissionais dos serviços de atenção básica. O primeiro entrave que aparece em todos os estudos analisados é a formação. Inicialmente os estudos levantam as deficiências na graduação dos profissionais de saúde no que diz respeito a

discussão da violência nos currículos desses cursos. Em seguida, apontam a formação continuada a nível de especialização que seguem a mesma problemática da graduação e não debatem o tema, a busca pela compreensão da temática fica a cargo do interesse particular desse estudante profissional em relação a compreender a questão. Sinaliza-se igualmente que a educação nos serviços é deficitária, tendo estes profissionais afirmado que pouco se discute o tema nas capacitações.

Os estudos apontam que a deficiência na formação leva o profissional a não saber reconhecer as situações de violência que geram adoecimento, dificuldade em lidar com as situações de violência que se apresentam e a não compreensão da violência enquanto uma questão de saúde, o que leva os profissionais a enxergarem a notificação de violência como uma denúncia. Já ausência de capacitação nos serviços para os profissionais acarreta questões sinalizadas pelos estudos como o desconhecimento do processo que envolve a notificação, ausência de entendimento da necessidade de preenchimento da ficha, Falta de conhecimento sobre o preenchimento da ficha, falta de conhecimento dos procedimentos legais, não saber da existência da ficha, não saber como notificar, não saber a quem notificar, ficando visível o despreparo dos profissionais que compõem a equipe.

O estudo de Crovato (2017) marca que a notificação compulsória representa um desafio para os trabalhadores dos serviços de saúde da Atenção Primária. Com base em sua revisão de literatura e sua pesquisa de campo a autora chama a atenção para o despreparo dos profissionais para lidar com a atenção às vítimas da violência sendo esta recorrente na literatura. Pontua ainda a necessidade de mudanças nos processos formativos no âmbito da graduação, da pós-graduação e da educação permanente. Sinalizando que a maior parte dos participantes de sua pesquisa foram formados após a implantação do sistema de vigilância de violência e acidentes em 2006, e que os currículos da graduação, e da pós-graduação continuam sem abarcar a violência. A autora também sinaliza que a capacitação não contempla os profissionais nos serviços tornando-se assim um efeito colateral da formação desses profissionais.

Pondera a autora que é complexa a tessitura da atenção integral, pois requer que arcabouço normativo, institucionalização de políticas públicas e sistemas de informação sejam incorporados como ferramentas de trabalho pelos profissionais de saúde e de outros setores. Para tanto, a (re)construção dos processos formativos e a efetivação do trabalho em rede são essenciais. O segundo entrave que se apresenta nos estudos selecionados é o medo/receio em notificar uma situação de violência. É sinalizado pelos profissionais

entrevistados o medo de represália do agressor (retaliação do agressor, vingança do agressor), o medo de prejudicar a vítima acentuando ainda mais a sua situação de violência. O medo de envolvimento legal, o medo da reação da família, o medo da vítima não confirmar o fato após a notificação.

É apontado também que os profissionais acreditam que notificar gera riscos à equipe, bem como envolvimento emocional com as questões. Acreditam que realizar a notificação de violência pode piorar a situação do usuário que vivencia a violência. Os profissionais têm receio de sofrer represálias por parte do agressor, receiam sofrer consequências no trabalho, receio de prejudicar a vítima, receio de represálias aos Agentes Comunitários de Saúde, a exposição dos profissionais, o fluxo não sigiloso da ficha, a violência da comunidade onde estes serviços se localizam e o pacto de silêncio que vigora nas comunidades.

Conforme pontua Marques (2019) em sua pesquisa, o medo de represália por parte do autor da agressão apresenta-se como outro importantíssimo fator a ser considerado no que tange à não realização da notificação de violência. Destaca o autor que as próprias estratégias preconizadas pelo modelo assistencial da saúde da família, como o vínculo com as famílias assistidas, que permite aos profissionais o reconhecimento das situações de violência no ambiente intrafamiliar, também fazem com que esse profissional tema o agressor a ser denunciado, projetando nele um potencial risco contra sua própria integridade, evitando, assim, abordar e/ou explorar as situações de violência em sua rotina.

Essa resistência está ligada ao medo e receio que envolvem a notificação da violência na comunidade. Muitos profissionais sentem-se vulneráveis, sobretudo por estarem inseridos em um modelo de saúde cuja atuação na comunidade é diária. (MARQUES, 2019 p. 60)

A terceira categoria que emerge diz respeito à intersetorialidade e se apresenta em oito dos estudos analisados: Antonioli (2013), Barbosa (2010), Galvão (2008), Luna (2007), Moreira (2012), Pinto (2012), Rolim (2013) e Silva (2012). Os profissionais participantes dessas pesquisas relatam não notificar as situações de violência em virtude da ausência de uma estrutura de apoio, falta de intervenções efetivas, falta de suporte, desconhecimento dos órgãos para encaminhamento, ausência de articulação com outros setores, o não *feedback* dos outros setores que compõem a rede de saúde e socioassistencial, a burocracia de determinados órgãos e ausência de proteção ao profissional que notifica.

O estudo de Moreira (2012), ressaltou que a falta de conhecimento dos trabalhadores da saúde sobre instituições de assistência, desconhecimento dos serviços que compõem a rede de proteção, constitui-se dificuldade para o enfrentamento da violência em nível local, e reflete a desarticulação das ações intersetoriais e a ausência de protocolos que firmem condutas e encaminhamentos sistematizados. Na mesma linha de pensamento também se encontra o debate da intersetorialidade no estudo de Rolim (2013) que ressalta a falta de estrutura na rede de apoio, reforçando o entendimento de que entraves estruturais, rede fragilizada quanto aos aspectos teóricos e operacionais, e fragmentada, sem articulação entre os setores podem inviabilizar o ato notificador e levar ao aumento dos danos causados pela violência

O quarto elemento que se torna notável na análise dos estudos é a precarização do trabalho, e se apresenta nas pesquisas de Antonioli (2013), Carnassale (2012), Galvão (2008), Luna (2007), Marques (2019), Pinto (2012), Silva (2011) e Silva (2012). É relatado que a sobrecarga de trabalho serve como justificativa dos profissionais para não notificar porque falta tempo para preencher a ficha em virtude do acúmulo de serviço e a elevada demanda de atendimento nas unidades, o que gera o adoecimento dos profissionais. Além da sobrecarga de trabalho, discute-se também a ausência de insumos para realizar a notificação, como a inexistência do instrumento nos serviços.

No estudo de Pinto (2012) é ressaltado que a carga de trabalho enfrentada pelos profissionais associada à falta de sensibilização também foi mencionada na pesquisa como problemas que se interpõem quanto ao desenvolvimento de ações para a prevenção da violência. O autor pontua que as condições de trabalho no setor da saúde muitas vezes geram um agir mecânico, com práticas não reflexivas e centradas apenas na técnica do trabalho.

A precária dimensão interrelacional nos serviços, seja pela sobrecarga de trabalho, falta de infraestrutura, jornadas laborais ou pela demanda crescente, acaba por dificultar a integralidade na assistência, atuando-se apenas em função das necessidades expressas. Assim, o serviço tende a ser prestado de maneira fragmentada e reducionista, não dando conta dos anseios da vítima, contribuindo, deste modo, para o agravamento da sua situação. (PINTO, 2012 p. 54)

Os estudos são unânimes, reconhecem e reforçam que o ato de notificar é um importante instrumento epidemiológico que favorece e fortalece o enfrentamento da violência. No entanto, apresentam fortes indícios de que a não notificação é presente nos serviços de atenção básica e que esse fenômeno se configura como uma prática

internalizada na rotina dos trabalhadores dos serviços, mesmo a notificação de violência sendo obrigatória e instituída há mais de quatro décadas. Uma lente capaz de aumentar a compreensão sobre o fenômeno investigado é a perspectiva rizomática desenvolvida por Deleuze e Guattari (1980), por sustentar a complexidade e a processualidade apresentada nesse debate. O rizoma é um emaranhado de linhas em que não é possível distinguir início e fim, nem núcleo ou ponto central. Analisar o processo de notificação de violência por essa perspectiva é notar que emergem nesse processo diversas direções, não tendo um ponto fixo de entrada e saída. Como afirma Romagnoli (2017, p. 428), “deslizar por um rizoma é efetuar percursos reinventados em cada um que o explora.”

O termo rizoma cunhado por Deleuze e Guattari (1980, 1995), refere-se a um sistema de conexões, permeado por linhas, estratos, intensidades e segmentariedades. A ideia da imagem de rizoma é oriunda da botânica e consiste em uma haste subterrânea com ramificações em todos os sentidos, como bulbos e os tubérculos. De acordo com Barreto *et al.* (2020), os autores utilizam a imagem do rizoma para explicar como se processa o pensamento, trazendo à tona as bases para a compreensão do que se pode chamar de teoria da multiplicidade. Como ressaltam os autores:

Isso remete, basicamente, à discussão sobre a incapacidade do modelo de pensamento pautado na imagem da árvore (caule central do qual partem ramificações) de dar conta da realidade contemporânea, que é múltipla, não binária e permeada por rupturas e incertezas. Tal modelo arborescente de pensamento limita-se à busca pela essência das coisas, isto é, pela resposta para a pergunta: o que é? Deleuze e Guattari, por conseguinte, pautam o pensamento na ideia de construção, afastando-se dos conceitos enquanto essências (o que é) e aproximando-se das circunstâncias que os envolvem. Nesse sentido, as respostas almejadas seriam: em quais casos? Onde e como? Quando? Como explicita Souza (2012, p. 245), “[...] era preciso sair do modelo arborescente, remissivo e essencial, para um modelo que proporcionasse uma representação mais próxima da superfície, do pensamento que se propaga em vastidão, para isso eles produziram o modelo rizoma”. (BARRETO, 2020, p. 50)

Para compreender melhor o conceito de rizoma, é fundamental apreender suas características ou princípios como denominam os autores. Os dois primeiros remetem à ideia de que, em um sistema rizomático, todos os pontos podem ser conectados, sem uma referência hierárquica ou central nomeado como princípio da conexão. Associado a esse princípio está o de heterogeneidade. Tal característica deriva da noção de uma realidade complexa, em que “diferentes estatutos de estado de coisas” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 14), coexistem em movimento, formando conexões diversas e múltiplas. Desse modo, não se pode pensar em uma coisa **ou** outra, mas uma coisa **e** outra. Dessa forma, quando se analisa as categorias encontrados na pesquisa: formação, intersetorialidade, medo e precarização do trabalho, compreende-se o que os autores chamam de

agenciamentos múltiplos, pois um decorre do outro, gerando movimento, estabelecendo conexões diversas. Observa-se que uma formação deficitária leva à incompreensão de que a violência é uma questão de saúde. Outro aspecto é o de que a formação também vai impactar diretamente a compreensão da intersetorialidade e sua operacionalização, bem como a ausência de conhecimento corrobora para a manutenção do discurso do medo, e a incapacidade de estabelecer conexão com a precarização do trabalho que impacta diretamente o ato de não notificação.

No primeiro momento essa leitura nos leva a pensar na formação como central nesse processo, no entanto, ao permanecer na análise do fenômeno consegue-se perceber um movimento de interconexão desses achados. Por exemplo, a precarização do trabalho atinge diretamente a formação e a operacionalização da intersetorialidade, enquanto o medo é atravessado por inúmeras nuances que carecem de compreensão tanto no âmbito da formação, quanto da precarização do trabalho. Dessa forma, observa-se aqui os elementos dos terceiro e quarto princípios do rizoma.

O terceiro princípio consiste na multiplicidade. Como afirmam os autores, esse princípio, está diretamente relacionado aos anteriores, refere-se ao abandono do pensamento dicotômico, que determina a separação binária entre polos como bem e mal, objeto e sujeito, homem e mulher. Para os autores, essa forma de compreender a vida não é capaz de traduzi-la, uma vez que são várias as conexões e as linhas que se cruzam, são agenciamentos, movimentos. Como expõem os autores, “um agenciamento é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 16).

O quarto princípio é o de ruptura assignificante, que remete justamente à impossibilidade de uma ruptura definitiva de um rizoma. Esse sistema, como já visto – marcado por conexões, heterogeneidade e multiplicidade –, compreende e abarca o diferente, havendo sempre espaço para reconfigurações. Estabelecendo aqui relação com os achados na pesquisa, é notável a existência tanto do elemento da multiplicidade quanto da ruptura assignificante quando se percebe o movimento de argumentos estabelecidos pelos profissionais para o ato não notificação das situações de violência, como a alegação de que a casuística não seria dever da saúde e sim da justiça. Em outro momento aparece também a culpabilização das instituições que não respondem devidamente a esses processos, gerando aqui um descontentamento com as instituições de apoio.

O quinto e o sexto princípios são os dois últimos do sistema rizomático: a cartografia e a decalcomia. O rizoma opõe-se à ideia de uma árvore, com um eixo central. Enquanto o modelo da árvore raiz é “decalque”, reprodução ao infinito, o rizoma é “mapa”, “[...] voltado para uma experimentação ancorada no real”, aberto, desmontável, reversível, sujeito a modificações permanentes, sempre com múltiplas entradas, ao contrário do decalque, que “[...] volta sempre ‘ao mesmo’” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 17-22). Se o rizoma é mapa, nada melhor do que a cartografia para expressá-lo. Aqui nota-se a possibilidade de realizar uma cartografia expressiva e explícita do fenômeno estudado ao estabelecer suas conexões com o território onde se opera o acontecimento que ocasiona a não notificação de violência nos serviços de saúde da Atenção Básica.

A compreensão do conceito de rizoma passa, necessariamente, pelo entendimento das diferentes linhas que o compõem. Os autores propõem a apreensão da realidade por linhas, que afirmam possuir funcionalidades diferentes. São três tipos de linhas: as linhas da segmentariedade dura, as linhas flexíveis e as linhas de fuga. É possível então considerar a formação enquanto linha de segmentariedade dura, as linhas flexíveis seriam a intersetorialidade e a precarização do trabalho, enquanto a linha de fuga se estabelece no medo. Como sinalizam Deleuze e Guattari (1996), as linhas de segmentariedade dura são marcadas pela rigidez e são da natureza do instituído. Pode-se dizer que são as linhas de mais fácil identificação, uma vez que estão normalmente relacionadas à própria formação dos sujeitos. Pode-se dizer que as linhas duras remetem ao nível de realidade que se apresenta como dado, naturalizado.

Seu caráter permanente tende a afastar o questionamento e a crítica. Já as linhas flexíveis são de natureza mais maleável e se modificam, ainda que em pequenas proporções, permitindo-nos captar outras forças e agenciar. Por fim, as linhas de fuga são aquelas que se associam ao novo, à mudança, à reconstrução, quando, de fato, ocorrem os agenciamentos instituintes. Em virtude disso, apresentam-se de forma completamente oposta às linhas duras, pois permitem os escapes e as resistências ao instituído.

Levando em consideração todos esses aspectos, pode-se sintetizar o conceito de rizoma como um emaranhado de linhas em constante interação de fluxos, sem início e nem fim definidos, essas linhas ora se estratificam em formas, ora permanecem fluidas como potência. As linhas podem ser duras, flexíveis e de fuga, as quais, por meio de agenciamentos, formam novos territórios. Como salientam Barreto *et al.* (2020), o rizoma expressa-se nos territórios, que, apesar de dinâmicos e mutantes, permitem-se mapear

pelas forças que o atravessam. Compreendendo essas implicações, torna-se importante essa perspectiva do conceito de rizoma para contribuir na apreensão e compreensão do fenômeno de não notificação das situações de violência nos serviços de saúde.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa representam a sexta etapa da revisão integrativa: a apresentação da RI e síntese do conhecimento. Foi estruturado em formato de quadros para dimensionar as análises feitas nos estudos. O Quadro 1 apresenta os títulos, os autores e ano dos textos, seguido de um breve trecho dos resumos e dos problemas ou questões de pesquisas. No Quadro 2, encontram-se os objetivos, resultados e conclusões dos estudos analisados. A revisão integrativa foi realizada considerando as 12 dissertações levantadas no banco de dados da CAPES e que atenderam aos critérios de inclusão elencados. Observou-se que estudos selecionados para a pesquisa apresentam uma produção majoritariamente feminina, apenas duas produções são feitas por homens – Silva (2012) e Pinto (2012) – os demais estudos são produtos de condução feminina. Assim como a autoria, a orientação segue o mesmo padrão, sendo predominantemente feminina, com apenas um estudo – Antonioli (2013) – sendo orientado e coorientado por docentes do sexo masculino.

Os estudos se concentram na região Nordeste, totalizando 8 produções da região, sendo seis produções – Rolim (2013), Silva (2011), Pinto (2012), Moreira (2012), Luna (2007), Barbosa (2010) – da Universidade de Fortaleza – CE (UNIFOR), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Um estudo da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Silva (2012) – do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e um estudo da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Galvão (2012) – do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Três estudos são produções da região Sudeste – Carnassale (2012) – Universidade de São Paulo (USP), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Marques (2019) – Universidade do Rio de Janeiro, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – e Crovato (2017) – da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) – mestrado profissional em saúde ambiental e saúde do trabalhador. E apenas um estudo da região Sul – Antonioli (2013) – Universidade de Passo Fundo, do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento.

É possível perceber que os programas de pós-graduação são majoritariamente da área da saúde, com destaque para saúde coletiva, que agrega sete produções do total. As demais se dividem nas áreas da enfermagem, com duas produções; psicologia, com uma produção; saúde do trabalhador e envelhecimento humano, que contabilizam também uma produção cada.

5.1. Etapa 6: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

Através das leituras dos resumos e das perguntas de investigação dos estudos, é possível inferir que os estudos selecionados atendem integralmente à pergunta norteadora proposta por esta investigação, que tem por objetivo desvendar os entraves presentes no cotidiano dos profissionais de saúde que influenciam o baixo número de notificações compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos serviços de saúde da atenção básica.

Os estudos questionam os elementos que permeiam, por exemplo, a formação dos profissionais, o papel do setor saúde e dos profissionais frente à violência, as dificuldades de manejar as questões de violência de modo a tornar efetiva ações de intervenções, os fatores que dificultam e facilitam a notificação, e as percepções dos profissionais frente a problemática. No Quadro 7 será possível visualizar através da apresentação de breves fragmentos de seus resumos, bem como da identificação de suas perguntas de investigação e o debate presente nesses estudos.

Há na discussão uma notável centralidade na notificação de violência interpessoal/autoprovocada para o segmento populacional de crianças e adolescentes, em que sete estudos debatem o tema: Barbosa (2010), Luna (2007), Moreira (2012), Pinto (2012), Silva (2011), Silva (2012), Rolim (2013). Apenas um estudo se concentra na notificação de violência contra a pessoa idosa – Antonioli (2013) – e dois estudos centralizam o debate da notificação de maneira ampla sem se debruçarem em segmentos populacionais – Crovato (2017), Galvão (2008) –. Um estudo dedica-se à discussão da notificação de violência contra a mulher – Carnassale (2012) – e um estudo se detém na notificação de violência intrafamiliar – (Marques, 2019).

Quadro 7 – Apresentação dos estudos selecionados

Título	Excerto do resumo	Problema/Questão de pesquisa
<p>I. Identificação e notificação da violência contra idosos na estratégia de saúde da família</p> <p>ANTONIOLLI, Nelissandra C. S. – 2013</p>	<p>Objetivou-se conhecer as ações e intervenções realizadas por um grupo de profissionais que atuam na rede básica de saúde sobre a violência contra o idoso, caracterizar os profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família quanto às características sociodemográficas e profissionais, identificar as ações realizadas pelos profissionais da Estratégia de saúde da Família quando se deparam com idosos em risco ou em situação de violência e verificar se os profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família possuem conhecimento sobre o Estatuto do Idoso</p>	<p>Quais as ações e intervenções sobre a violência realizadas pelos profissionais que atuam na Estratégia de saúde da família?</p>
<p>II. Estratégia Saúde da Família e a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na região metropolitana de fortaleza</p> <p>BARBOSA, Isabella Lima – 2010</p>	<p>Este trabalho focaliza o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes, e os seus propósitos convergiram para (i) a análise do processo de notificação de maus-tratos/violência em crianças e adolescentes na práxis de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF). Incluíram-se ainda (ii) a identificação das</p>	<p>De que modo os profissionais da ESF estão lidando com casos de maus-tratos em crianças e adolescentes?</p> <p>Estão instrumentalizados para o enfrentamento desses casos? Visualizam fragilidades, potencialidades e dificuldades para a efetivação desse processo de notificar?</p>

	<p>características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho desses profissionais; (iii) a identificação dos motivos favoráveis, desfavoráveis e as dificuldades enfrentadas por esses profissionais à notificação dos maus-tratos e (iv) a associação das características sociodemográficas, formação profissional, tempo de trabalho, instrumentalização com o desfecho deparar-se e notificar esses casos de maus-tratos.</p>	
<p>III. Notificação de violência contra a mulher: conhecer para intervir na realidade</p> <p>CARNASSALE, Vânia Denise – 2012</p>	<p>Estudo de abordagem qualitativa que teve como objetivos conhecer e analisar a percepção dos profissionais de saúde e dos usuários do SUS, sobre a violência de gênero e a compreensão da notificação compulsória de violência contra a mulher no conjunto das ações de enfrentamento, a fim de elencar subsídios para elaboração de um projeto conjunto de intervenção na realidade.</p>	<p>Identificar os motivos que levam os profissionais a não notificarem os casos de violência contra a mulher nas ESF/UNASP do Distrito do Capão Redondo.</p>
<p>IV.A notificação compulsória da violência e seus desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da família em Uberlândia/MG</p> <p>CROVATO, Cristiana A. dos S.- 2017</p>	<p>Este trabalho teve como preocupação central compreender como diferentes elementos poderiam estar relacionados aos desafios da efetivação da Notificação Compulsória da Violência (NCV) na Estratégia da Saúde da Família no município de Uberlândia/MG. Iniciamos por realizar a revisão sistemática de literatura na qual buscou-se</p>	<p>O despreparo / desconhecimento dos profissionais de saúde é recorrentemente apresentado como fator que interfere na decisão de notificar e resulta na subnotificação da violência.</p>

	<p>compreender quais discursos sobre a notificação compulsória da violência circularam nos periódicos brasileiros da área de saúde entre os anos de 2006-2015. Na produção analisada, a evidência da subnotificação e o despreparo/desinteresse dos profissionais dos serviços para a notificação pareciam formar alguns consensos para aqueles que trabalham/pesquisam nos serviços de saúde. A questão da formação e educação permanente para lidar com a temática na ESF tornou-se então o problema a ser investigado no desdobramento da pesquisa. O universo da pesquisa foi composto pelos profissionais enfermeiros e médicos das 72 Equipes de Saúde da Família cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e efetivamente implantadas até dezembro de 2015. O despreparo/desconhecimento reiterado nos resultados não seria uma simples retórica, mas produto de um processo mais amplo da ausência da temática na formação/capacitação dos profissionais. Urge a criação de estratégias que permitam a inclusão da violência como agravo importante para a saúde pública e, em especial a notificação compulsória da violência, como temáticas prioritárias nos cursos de graduação em enfermagem como mecanismos para enfrentamento do fenômeno.</p>	

<p>V. Os profissionais de saúde diante da violência: mapeando o processo de implantação da notificação na rede de saúde em Natal/RN –</p> <p>GALVÃO, Vanessa A. B. de M.- 2008</p>	<p>A violência é um fenômeno complexo e multicausal que tem convocado o poder público a desenvolver estratégias para o seu enfrentamento. O presente estudo versa sobre uma dessas estratégias propostas pelo Ministério da Saúde: a “Ficha de Notificação/Investigação Individual – Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais”. Tal instrumento se trata de um protocolo de notificação que vem sendo implantado em todo o país. Este processo encontra-se em andamento no município de Natal/RN. Este trabalho é o relato de uma pesquisa realizada em cinco unidades da rede básica de saúde do município acerca do processo de implantação da ficha de notificação da violência. Teve como objetivos realizar uma cartografia de todo o processo envolvido na implantação da ficha, problematizando as estratégias utilizadas, o percurso traçado, as dificuldades e possibilidades, bem como pretendeu mapear os processos subjetivos que atravessam a atuação dos profissionais de saúde frente às demandas da violência e à proposta de uso deste instrumento</p>	<p>Qual é realmente o papel do setor saúde e do profissional frente à violência?</p> <p>Como esses profissionais têm se posicionado diante dela?</p> <p>Que discursos sustentam sua prática?</p> <p>Por que o tema mobiliza os profissionais, ou pelo menos a maioria deles, suscitando tantas angústias e medos quando chamados a intervir junto ao usuário e à comunidade?</p> <p>Por que, por outro lado, alguns chegam a perder a capacidade de “ver” a violência cotidiana?</p> <p>Por que esta é naturalizada na prática de tantos outros?</p> <p>Que estratégias poderiam ajudar a manejar tais questões junto a esses profissionais de modo a tornar efetiva alguma ação nesta área?</p>
<p>VI. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família Fortaleza (CE)</p>	<p>O trabalho na área da violência contra criança e ao adolescente requer intervenção interdisciplinar e a ação torna-se mais eficaz quando promovida por um conjunto de instituições atuando de modo coordenado – “trabalho em</p>	<p>Quais as dificuldades encontradas para notificar maus-tratos em crianças e adolescentes?</p>

LUNA, Geisy Lanne Muniz – 2007	<p>rede”. Nesse sentido, a notificação proporciona visibilidade dos limites do serviço de saúde, o problema ali detectado e convoca parcerias cuja ação tem-se mostrado imprescindível na área. Diante da dimensão do problema para a saúde coletiva, o estudo (i) analisou o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza- Ceará, no exercício de sua práxis; (ii) identificou a ótica desses profissionais em relação a maus-tratos em crianças e adolescentes e (iii) investigou as dificuldades referidas pelos participantes que interferem na notificação, durante o atendimento na Estratégia Saúde da Família. As dificuldades referidas pelos profissionais para efetivarem a notificação de maus-tratos na prática da atenção básica foram o medo de envolvimento legal e emocional, falta de capacitações na área, falta de estrutura dos serviços de apoio à vítima e ao profissional, dentre outros. Conclui-se que a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família ocorre de maneira pontual e assistemática, nesse sentido, o incremento de programas de formação continuada, o aprimoramento das instituições de proteção à criança e ao adolescente e a ampliação das redes de suporte profissional poderão reduzir</p>	
--------------------------------	--	--

	o grau de insegurança profissional e incrementar o número de notificações de casos de maus-tratos.	
<p>VII. Notificação de violência intrafamiliar na perspectiva de enfermeiros e médico da estratégia saúde da família</p> <p>MARQUES, Caroline dos Santos – 2019</p>	<p>A violência, além de um problema social, policial e/ou de justiça, constitui também um importante problema de saúde pública. Dentre as violências que afligem a população, de forma representativa, a violência intrafamiliar, assunto complexo e frequente, apresenta prevalência mais alta do que muitas patologias, tendo imensa invisibilidade e afetando a sociedade de forma contínua. Entende-se que a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas é uma das ações de vigilância em saúde, sendo um passo importante para a construção de medidas protetivas às pessoas que vivenciam situações de violência. A Estratégia Saúde da Família (ESF) por sua proximidade, vínculo e atenção à saúde da população assistida, torna-se uma grande potência no que diz respeito à identificação da violência intrafamiliar e sua notificação. Considerando esse panorama, objetivamos com este estudo descrever a percepção de enfermeiros e médicos da ESF da AP do município do Rio de Janeiro, sobre as principais manifestações de violência identificadas no contexto intrafamiliar; discutir a percepção de enfermeiros e médicos sobre a notificação de violência intrafamiliar e analisar os</p>	<p>De que maneira enfermeiros e médicos da ESF percebem a violência intrafamiliar?</p> <p>Qual a percepção de enfermeiros e médicos sobre a ação de realizar a notificação de violência intrafamiliar?</p> <p>Quais os fatores influenciadores na realização das notificações de violência intrafamiliar por profissionais da ESF?</p>

	<p>fatores facilitadores e dificultadores na realização das notificações de violência intrafamiliar por profissionais da ESF</p>	
<p>VIII. Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da estratégia de saúde da família</p> <p>MOREIRA, Gracyelle Alves R.- 2012</p>	<p>A notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes tem como finalidade cessar atitudes e comportamentos violentos no plano familiar ou por parte de qualquer agressor, promovendo proteção às vítimas de maus-tratos. Para o sistema de saúde, o ato de notificar tem o intuito de gerar registros mais fidedignos das situações de violência contra a população infanto-juvenil, favorecendo dimensionamento epidemiológico do problema e a formulação de políticas públicas para seu enfrentamento. Como objetivo, o estudo analisou a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes a partir da prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, da Macrorregião de Saúde de Cariri, Ceará. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa do tipo transversal, realizado na Macrorregião de Saúde de Cariri, Ceará, no período de julho de 2011 a maio de 2012. A população constituiu-se de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que trabalhavam na Estratégia Saúde da Família dos 28 municípios dessa Macrorregião, totalizando 381</p>	<p>Analisar a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando, como campo analítico, a Macrorregião de Saúde de Cariri. visando obter um diagnóstico situacional sobre o objeto de estudo, no Estado do Ceará.</p>

	<p>profissionais. Os dados remetem que a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes ocorre de forma assistemática e pontual, em virtude da escassa familiaridade dos profissionais de saúde com a questão da violência, assim como a interferência de aspectos culturais, emocionais, estruturais e de formação que se tornam elementos emblemáticos na superação dos obstáculos para o aprimoramento do sistema de registro das notificações, no contexto da Estratégia Saúde da Família.</p>	
<p>IX. Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes em cinco regiões de saúde do Ceará</p> <p>PINTO, José Reginaldo- 2012</p>	<p>A violência e maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes despontam como um agravo que perpassa em todas as camadas sociais. Dada à importância ao assunto, elaborou-se essa pesquisa que versa sobre como se comportam os profissionais de saúde na condução dos casos demandados na atenção básica. Desta forma, o estudo teve como objetivo analisar o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes a partir da prática de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF), em cinco Regiões de Saúde do Ceará, bem como identificar as características sociodemográficas de formação profissional; verificar a</p>	<p>Investigar como ocorre o processo de notificação em cinco Regiões de Saúde localizadas no sertão central e centro-sul do Estado do Ceará.</p>

	<p>correlação entre as variáveis de instrumentalização profissional com o ato de notificar e apontar as dificuldades e facilidades da notificação de maus-tratos. O estudo concluiu que o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes, a partir da prática dos profissionais da ESF está sob a responsabilidade de um profissional jovem, com menos de cinco anos de formado/tempo de serviço, sem instrumentalização sobre o tema, contudo ensinam apropriar-se desse conhecimento e reconhecem a atenção básica como cenário propício para esta demanda (vantagem). A formação profissional e o diferencial no conhecimento sobre o tema e os seus desdobramentos são variáveis que devem ser consideradas no planejamento e operacionalização dos cursos de capacitação sobre violências e suas repercussões na saúde individual, coletiva e harmonia social.</p>	
<p>X. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em municípios cearenses</p> <p>Rolim, Ana Carine Arruda – 2013</p>	<p>A violência contra crianças e adolescentes caracteriza-se como uma relação de poder em que se confrontam atores/forças com pesos/poderes desiguais. No Brasil, crianças e adolescentes têm seus direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente que adota doutrina da proteção integral às necessidades desse grupo e confere que toda suspeita de maus-tratos seja obrigatoriamente notificada</p>	<p>Investigar como ocorre o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em Regiões de Saúde do Estado do Ceará.</p>

	<p>aos órgãos de proteção. O objetivo geral deste trabalho é analisar a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes a partir da prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família em municípios cearenses. Estudo quantitativo, descritivo, realizado a partir da consolidação de um banco de dados de 1.055 questionários de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de 85 municípios cearenses oriundos de pesquisas realizadas anteriormente. A partir da aproximação da problemática da subnotificação da violência infantil, as constatações do estudo sugerem reflexões sobre os problemas que permeiam a prática notificatória pela ESF nos municípios estudados, especialmente com relação a carência de formação no tema, do insuficiente apoio institucional e da pouca de efetividade da rede de proteção. Dessa forma, é possível inferir que a execução da notificação ainda é um desafio para profissionais.</p>	
<p>XI. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em microrregiões de saúde do Ceará</p>	<p>A violência é na verdade um problema social que acompanha toda a história e as transformações da humanidade. No entanto, apesar de não ser classificado como um problema peculiar à saúde, a violência resulta em lesões, morte, traumas físicos e os imensuráveis agravos mentais, emocionais e</p>	<p>Analisar o processo de notificação de maus tratos em crianças e adolescentes a partir do exercício da práxis de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas da Estratégia Saúde da Família no Ceará.</p>

<p>SILVA, Ivna Zaíra Figueredo da – 2011</p>	<p>espirituais, repercutindo na qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades. Esta pesquisa diz respeito a notificação de maus tratos em crianças e adolescentes a partir da prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família e de modo mais detalhado (i) identificação das características sociodemográficas, de formação profissional, experiência profissional, (ii) associação de variáveis sociodemográficas, formação profissional, tempo de trabalho, instrumentalização com o desfecho deparar-se e notificar casos de maus tratos. A pesquisa utilizou-se do estudo de corte transversal, do tipo inquérito na atenção básica, contou com 239 profissionais da ESF das microrregiões de saúde de Camocim, Crateús e Tianguá em 2011. No tocante a notificação, percebeu-se o caráter assistemático e pontual, decorrente da instrumentalização deficiente e no manejo débil de casos de maus tratos.</p>	
<p>XII. Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário: Notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária</p> <p>SILVA, João Luís da- 2012</p>	<p>Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) parecem estar mais bem posicionados para identificar, notificar, prestar assistência e encaminhar os casos de violência contra crianças e adolescentes que chegam às unidades de saúde, uma vez que lidam diretamente com as particularidades de cada família numa posição de grande</p>	<p>Que fatores influenciam – dificultando ou facilitando – a notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de redes pelos profissionais de saúde de nível superior atuantes na ESF da cidade de Olinda?</p>

proximidade. Não obstante a isso, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seus artigos 13o e 245o, e as Portaria no 1968/2001 e no 104/2011 do Ministério da Saúde (MS) tornam compulsória a notificação desses agravos por parte de tais profissionais, o que constitui uma ação de grande importância para mensurar a dimensão epidemiológica desses agravos e formular políticas voltadas à sua prevenção, ainda que sejam muitos os entraves para executar essa notificação. Este trabalho objetivou identificar os fatores que influenciam (propiciando ou dificultando) a notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede pelos profissionais de saúde de nível superior atuantes na ESF da cidade de Olinda-PE. Nos resultados, mostraram-se como fatores que atuam facilitando o processo de notificação ($p < 0,05$): o fato de o profissional ter pós-graduação em Saúde Coletiva; ter sofrido violência em alguma fase da vida; ter discutido a questão da violência ao longo da formação profissional e no ambiente de trabalho; ter participado de algum treinamento voltado à temática e conhecer a ficha de notificação, o ECA e alguma lei que compulsorize a notificação pelos profissionais de saúde; entre outros. Algumas das dificuldades mais relatadas e que atuam como fatores obstaculizadores do processo de notificação dos maus-tratos constatadas na pesquisa são: o receio dos profissionais

	<p>sofrerem represálias por parte do agressor e consequências no trabalho, a falta de articulação e comunicação entre a Saúde e outros setores da sociedade, a ausência de uma rede de suporte que forneça um respaldo aos profissionais, despreparo dos profissionais para identificar e notificar os casos e o pacto de silêncio existente na comunidade. Pode-se concluir que muitos fatores influenciam o processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes e que todas as dificuldades apontadas pelos profissionais, aliadas muitas vezes à falta de estrutura dos serviços de saúde, colaboram para que a violência contra crianças e adolescentes continue subnotificada.</p>	
--	---	--

Fonte: elaboração da autora.

No que concerne aos procedimentos metodológicos dos estudos levantados para análise, eles apresentam em sua totalidade natureza qualitativa. No que refere ao tipo de estudo nove estudos: Antonioli (2013), Barbosa (2010), Crovato (2017), Luna (2007), Moreira (2012), Pinto (2012), Rolim (2013), Silva (2011) e Silva (2012) são estudos epidemiológicos de caráter transversal de base populacional.

Conforme descrito no percurso metodológico do texto de SILVA, 2012; esse tipo de pesquisa, é frequentemente empregado em saúde pública, tendo como principais objetivos: informar para fins de planejamento, a distribuição quantitativa de um determinado evento na população e avaliar condutas e programas de saúde relacionados à vivência de eventos como apontam Klein e Bloch (2009 *apud* SILVA 2012, p. 61-62).

Ainda de acordo com Silva (2012) para os profissionais que atuam na ponta do SUS – ou seja, aqueles que lidam diretamente com as especificidades de muitos sujeitos –, como os da APS, estudos dessa natureza oferecem informações da maior utilidade ao chamar atenção para características ligadas à frequência de um determinado evento, ocorra este numa comunidade ou em algum serviço de caráter assistencial.

Distinguindo-se dessa metodologia o estudo de Carnassale (2012) baseou-se numa pesquisa de abordagem qualitativa de caráter analítico. A coleta de dados desta pesquisa foi feita no contexto de Oficina de Trabalho, ancorada na educação crítico-emancipatória.

O estudo de Galvão (2008) é realizado por meio de uma pesquisa intervenção. Conforme descreve Galvão (2008) em seu percurso metodológico, a pesquisa-intervenção visa operar transformações na realidade, o que não seria uma questão de correta aplicação de conhecimentos, mas seria muito mais uma busca por investigar a vida das coletividades, em sua cotidianidade, potencializando espaços de participação coletiva.

Já o estudo realizado por Marques (2019) é de abordagem qualitativa tratando-se de uma pesquisa exploratória. Os estudos exploram os questionários semiestruturados e as entrevistas para coleta de dados e as análises estatísticas foram descritivas para análises e construção dos seus resultados de pesquisas.

É notório que os sujeitos dos estudos analisados se centralizam em médicos, enfermeiros e dentistas. Penso que tal centralidade deve-se ao fato de a equipe mínima de saúde dos serviços de atenção básica serem formado por esses profissionais, os estudos que ampliam os seus sujeitos se mantêm nessa mesma perspectiva dando voz aos profissionais que fazem parte ao desenho das equipes mínimas de saúde da família, como os agentes comunitários de saúde e os técnicos de enfermagem e saúde bucal. Outro fator

relevante que se apresenta nesse sentido é a formação dos pesquisadores que são graduados em enfermagem.

O quadro que se segue dando seguimento análise dos estudos traz os objetivos e os resultados dos estudos. Em seus objetivos os estudos buscam investigar e analisar como profissionais e usuários compreendem e valorizam a notificação compulsória de violência. Visam analisar o processo de notificação a partir do exercício da práxis dos profissionais que atuam nos serviços de saúde da família.

Os resultados denunciam o despreparo dos profissionais, que foi tema de vários estudos, demonstrando que há uma relação direta entre o despreparo oriundo da formação e a efetivação da notificação. Apontam também a ausência de formação/capacitação na temática como um desafio imposto ao ato de notificar nesses serviços. Outros elementos que aparecem como agentes obstaculizadores no processo de notificar é o medo/receio que o profissional tem de sofrer represálias por parte do agressor; o receio que o profissional tem de sofrer consequências no ambiente de trabalho; o receio que o profissional tem de acabar prejudicando a vítima, quando o intuito é ajudá-la por meio da notificação da violência; a violência presente na comunidade; o receio de represálias aos ACSs; o pacto de silêncio presente em algumas comunidades.

No âmbito da intersetorialidade aparece a falta de articulação do setor Saúde com outros setores; a ausência de uma rede de proteção que forneça um suporte à vítima, à sua família e ao agente notificador; não saber como e a quem notificar; o não *feedback* dos casos por parte dos outros setores, bem como a burocracia deles; a exposição dos profissionais nas USFs, que faz com que eles fiquem mais vulneráveis à violência. No que diz respeito à precarização ao trabalho aparece a sobrecarga de trabalho, o acúmulo de serviço, o tempo curto para atender os casos de rotina que chegam às USF e ainda notificar as situações de violência

Quadro. 8. Objetivos e resultados dos estudos

Título/Autor/Ano	Objetivo Central	Resultados/Conclusões
<p>I. Identificação e notificação da violência contra idosos na estratégia de saúde da família</p> <p>ANTONIOLLI, Nelissandra C. S. – 2013</p>	<p>Conhecer as ações e intervenções realizadas por um grupo de profissionais que atuam na Estratégia de saúde da família sobre a violência contra idosos residentes em um município localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul</p>	<p>Constatou-se que os profissionais ainda necessitam de maiores conhecimentos e capacitação sobre as inúmeras abordagens que esse tema exige e que ainda estão despreparados para realizar ações efetivas e eficazes para solucionar esse problema silenciado até mesmo pelos profissionais, que muitas vezes omitem alguns fatos e casos que aconteceram na sua área de abrangência e atuação na rede pública por medo de represálias contra sua família, unidade ou contra si próprio e também para não comprometer e prejudicar a relação da ESF com o usuário do serviço.</p>
<p>II. Estratégia Saúde da Família e a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na região metropolitana de fortaleza</p> <p>BARBOSA, Isabella Lima – 2010</p>	<p>Analisar o processo de notificação de maus-tratos/violência em crianças e adolescentes, a partir do exercício da práxis de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas da Estratégia Saúde da Família da Região Metropolitana de Fortaleza, excetuando-se o município de Fortaleza.</p>	<p>Os participantes desse estudo apontaram lacunas na instrumentalização do conhecimento para o manejo e enfrentamento de maus-tratos no grupo estudado, refletindo nas tomadas de decisão diante dessas casuísticas. Os profissionais mostraram-se preocupados com a garantia dos direitos das crianças e adolescentes e comprometidos com a promoção da saúde e prevenção de maus-tratos dos casos. Mas, muitas vezes, esses profissionais não sabem qual a maneira correta de agir, têm medo de envolver-se legalmente, pois os gestores não os amparam no decorrer do processo da notificação e eles ficam à mercê das ameaças que o cercam. É uma fragilidade para a estratégia saúde da família o atendimento e o ato de notificar esses casos, fato que</p>

		<p>eles exteriorizam quando reportam a falta de retorno dos desdobramentos e falta de suporte das redes de proteção. Nesse sentido, é essencial a sensibilização dos gestores para o problema que assola as diversas camadas sociais, perpetuando-se na temporalidade e assumindo novas modalidades e desafios.</p>
<p>III. Notificação de violência contra a mulher: conhecer para intervir na realidade</p> <p>CARNASSALE, Vânia Denise – 2012</p>	<p>Verificar e analisar como profissionais e usuários compreendem e valorizam a notificação compulsória de violência contra a mulher no conjunto das ações de enfrentamento do problema.</p>	<p>Conforme traçado nos objetivos, este estudo analisou a percepção dos profissionais de saúde e usuários do SUS sobre a violência contra a mulher sob a perspectiva de gênero e a compreensão da notificação compulsória de violência contra a mulher como uma das ações de enfrentamento desse problema. Quanto à notificação compulsória da violência, constatou-se que o grupo reconhece a inexistência dessa ação no serviço, embora seja confirmada sua importância para conferir visibilidade dos casos de violência e para elaboração de políticas públicas. O desconhecimento de todo o processo que envolve a notificação de violência cria confronto, desconforto e medo tanto nos profissionais quanto nos usuários. Associado a isso, está o fato de as ESF/UNSP estarem localizadas dentro das comunidades onde os serviços são oferecidos e também pelo acesso dos profissionais às famílias dentro de suas residências, como prevê a ESF, propiciando uma aproximação e vínculo que no caso, constituem elementos reforçadores do medo pelo agressor no caso de denúncia. Como consequência, ocorre a inibição de ações</p>

		para o enfrentamento e a adoção de condutas protetivas aos profissionais.
IV.A notificação compulsória da violência e seus desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da família em Uberlândia/MG CROVATO, Cristiana A. dos S.- 2017	Compreender as possíveis articulações entre a formação dos enfermeiros e a notificação compulsória da violência nas equipes da Estratégia de saúde da família em Uberlândia, Minas Gerais.	Este trabalho centrou-se na questão do preparo dos profissionais de enfermagem de equipes saúde da família para lidar com a notificação e evidenciou uma interdependência entre formação, seja no âmbito da graduação, pós-graduação e/ou educação permanente, com as condições requeridas para o atendimento de vítimas de violência seja para a notificação.
V. Os profissionais de saúde diante da violência: mapeando o processo de implantação da notificação na rede de saúde em Natal/RN – GALVÃO, Vanessa A. B. de M.- 2008	Realizar uma cartografia de todo o processo envolvido na implantação da ficha, problematizando as estratégias utilizadas, o percurso traçado, as dificuldades e possibilidades, bem como pretendeu mapear os processos subjetivos que atravessam a atuação dos profissionais de saúde frente às demandas da violência e à proposta de uso deste instrumento.	O que foi revelado a partir da experiência desse trabalho, é que não basta implantar um protocolo de notificação na rede básica para que as coisas passem a funcionar ou para que se reverta o quadro de dificuldades para o enfrentamento da violência. Primeiro porque existe uma série de fatores que, como foi visto, precisam ser considerados, no momento de implantação desse instrumento e segundo porque, por mais que se levem em conta esses cuidados, nunca os dados poderão ser encarados como que contendo um estatuto de verdade que se espera. São sempre provisórios, parciais, incompletos e permeados de reticências e subjetividades. As dificuldades e inseguranças também são de várias ordens: desconhecimento de uma rede de serviços mais ampla ou descrédito para com a mesma, medo de represálias ou de envolvimento com questões jurídicas ou legais, insegurança. As

		<p>ações acabam sendo muito pontuais, individuais, fugindo à lógica pretendida nos novos modelos de atenção básica propostos. As políticas da área da violência, por exemplo, apresentam limitações conceituais a esse respeito, de modo que faltam respaldos concretos que poderiam subsidiar as ações e estratégias específicas. Apesar de que nenhuma política pode dar conta da totalidade do fenômeno, especialmente um que carregue consigo tamanha complexidade.</p>
<p>VI. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família Fortaleza (CE)</p> <p>LUNA, Geisy Lanne Muniz – 2007</p>	<p>Analisar o processo de notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-Ceará, no exercício de sua práxis.</p>	<p>Ao concluir este estudo foi possível notar que enfrentar a violência e suas consequências é um desafio maior na trajetória da saúde. Os profissionais convivem diariamente com o problema crucial de enfrentar as dificuldades no manejo da situação das vítimas: dificuldades técnicas para obtenção da assistência médica resolutiva por despreparo das equipes, ou inexistência de insumos ou sistematização dos serviços. Transcende em muito o ato de cuidar. Para os profissionais de saúde habituados ao convívio diário com múltiplos pacientes, serviços sobrecarregados, diagnósticos incompletos e terapêuticas ineficazes é muito difícil a adoção de práticas que visem minimizar dor, sofrimento e angústia de cada vítima, bem como de melhora da eficácia e eficiência do tratamento. No entanto nunca um tema provocou e continua a provocar tantas resistências em relação a sua inclusão na pauta do setor saúde. Por causa disso, é muito importante realizar frequentes monitoramentos e avaliações que permitam perceber os lentos</p>

		movimentos de inclusão, bem como encontrar as melhores estratégias para acelerar esse processo.
<p>VII. Notificação de violência intrafamiliar na perspectiva de enfermeiros e médico da estratégia saúde da família</p> <p>MARQUES, Caroline dos Santos – 2019</p>	<p>Descrever a percepção de enfermeiros e médicos da ESF da AP do município do Rio de Janeiro sobre as principais manifestações de violência identificadas no contexto intrafamiliar; discutir a percepção de enfermeiros e médicos sobre a notificação de violência intrafamiliar; analisar os fatores facilitadores e dificultadores na realização das notificações de violência intrafamiliar por profissionais da ESF.</p>	<p>Diante dos resultados obtidos na presente pesquisa, pode-se concluir que os fatores que influenciam na realização da notificação de violência pelos profissionais, emergem dos participantes fatores que dificultam e facilitam a notificação da violência intrafamiliar. A dificuldade em identificar as situações de violência foi mencionada como o principal fator para a não realização da notificação. Mesmo os profissionais relatando as inúmeras formas da expressão da violência, esse saber na prática não se converte na identificação e notificação da violência intrafamiliar do território. Isso reforça a necessidade de sensibilização constante junto a esses profissionais para que eles percebam a importância do reconhecimento, registro e comunicação dessas situações às outras instâncias que compõem a rede de proteção social das pessoas que vivenciam a violência.</p>
<p>VIII. Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da estratégia de saúde da família</p> <p>MOREIRA, Gracyelle Alves R.- 2012</p>	<p>Analisar a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes a partir da prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, da Macrorregião de Saúde de Cariri, Ceará.</p>	<p>O presente estudo permitiu analisar o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes a partir da prática de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Macrorregião de Saúde de Cariri. Em relação à instrumentalização sobre o tema, os resultados sinalizaram que a maioria dos profissionais da ESF conhece o ECA, sabe para onde</p>

		<p>encaminhar e acha vantagem a instituição da ficha de notificação. No entanto, grande parte não conhece a ficha de notificação, não participou de treinamento específico no assunto, não ler e não discute a temática no ambiente de trabalho. Tais constatações suscitam reflexões acerca das fragilidades que circunscrevem a identificação e a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes pela Equipe de Saúde da Família, em virtude da carente formação no tema, do insuficiente apoio institucional e da falta de efetividade da rede de proteção. Dessa forma, o estudo sinaliza a necessidade de uma melhor articulação dos setores e políticas sociais e do cumprimento do arcabouço que legisla sobre o SUS. Os dados remetem à discussão que vem sendo travada, concernente à necessidade de compreensão dos mecanismos que modulam a conduta profissional, em que a escassa familiaridade dos trabalhadores com a questão da violência, assim com a interferência de aspectos culturais, emocionais, estruturais e de formação tornam-se elementos emblemáticos na superação dos obstáculos para o aprimoramento do sistema de registro das notificações, no contexto da Atenção Básica. Conclui-se este trabalho almejando que os achados apresentados instrumentalizem transformações na prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e fomente a realização de novas pesquisas, uma vez que a questão investigada não se esgota e demanda aprofundamento.</p>
--	--	---

<p>IX. Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes em cinco regiões de saúde do Ceará</p> <p>PINTO, José Reginaldo- 2012</p>	<p>Analisar a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes a partir da prática de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, em cinco Regiões de Saúde do Ceará.</p>	<p>A pesquisa permitiu uma aproximação à problemática da subnotificação da violência infantil nos atendimentos propiciados pela atenção básica, demonstrando ser esse fato ainda um tabu a ser quebrado na rotina dos serviços dessas equipes. Verificou-se ainda que, mesmo não havendo a notificação integral de todos os casos com que se deparam os profissionais, eles estão conscientes e informados sobre a instrumentalização epidemiológica dessa ação, conhecendo também a obrigatoriedade do registro, como apregoa o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Entretanto, ficou entendido que a não notificação está relacionada também a qualificação técnica desses profissionais, que expeliram a vontade de serem capacitados para praticar esse ato, uma vez que suas formações profissionais não lhes proporcionaram conhecimentos e empoderamentos suficientes para realizarem o procedimento. Além desses, outros fatores foram elucidados como entraves para efetivar uma abordagem responsável às vítimas de maus-tratos e violência infantil. Dentre eles, destaca-se a desarticulação da rede e a incompreensão dos fluxos de encaminhamentos que poderiam fortalecer o mecanismo de referência e contrarreferência para acompanhamento dos usuários lesionados por maus-tratos.</p>
<p>X. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em municípios cearenses</p>	<p>Analisar a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes a partir da prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família em municípios cearenses.</p>	<p>As constatações do estudo sugerem reflexões sobre os problemas que permeiam a prática notificatória pela ESF nos municípios estudados, especialmente com relação à carência de formação no</p>

<p>ROLIM, Ana Carine Arruda – 2013</p>		<p>tema, do insuficiente apoio institucional e da pouca de efetividade da rede de proteção. Dessa forma, é possível inferir que a execução da notificação ainda é um desafio para profissionais. A respeito das vantagens da instituição da prática notificatória de maus-tratos na atenção básica se destacaram respostas referentes aos benefícios às vítimas oriundos da notificação. Entre as dificuldades mais apontadas pelos profissionais se destacaram a falta de estrutura na rede de apoio e a falta de conhecimento e capacitação para enfrentamento da questão.</p>
<p>XI. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em microrregiões de saúde do Ceará</p> <p>SILVA, Ivna Zaíra Figueredo da – 2011</p>	<p>Analisar o processo de notificação de maus tratos em crianças e adolescentes a partir da prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família, em microrregiões de saúde do Ceará.</p>	<p>As análise realizado por este estudo mostrou a complexidade do tema, e a urgência de efetivar a legislação vigente, reconhecer as limitações dos profissionais e a responsabilidade da gestão nas três esferas governamentais. É ainda, entender a desarticulação da rede de apoio a prevenção da violência, enfim, é transcender as questões de pesquisa e mergulhar na magnitude do tema e na dinâmica da realidade. Mostrou associação com o desfecho identificar os casos de maus tratos, as seguintes variáveis: profissão, participação em treinamentos, interesse em participar de treinamentos, discussão do assunto na unidade e saber para onde encaminhar os casos identificados. Em conclusão, diante do apresentado, inferimos que uma equipe de profissionais jovens, com pouco tempo de exercício profissional, com lacunas de conhecimento de temas transversais (violência) e de documentos que legislam sobre as demandas que</p>

		aportam à atenção básica no atendimento dos cidadãos, compromete o conceito e efetividade da clínica ampliada harmônica com os princípios e diretrizes de um cuidado integral e longitudinal.
<p>XII. Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário: Notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária</p> <p>SILVA, João Luís da- 2012</p>	<p>Identificar que fatores influenciam – dificultando ou facilitando – a notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede pelos profissionais de saúde de nível superior atuantes na ESF da cidade de Olinda.</p>	<p>Diante dos resultados obtidos na presente pesquisa, pode-se concluir que muitos determinantes se apresentaram capazes de influenciar o processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de nível superior atuantes na ESF de Olinda. Entre os elementos que se mostraram como agentes obstaculizadores do processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes podem ser citados: o receio que o profissional tem de sofrer represálias por parte do agressor; o receio que o profissional tem de sofrer consequências no ambiente de trabalho; a falta de articulação do setor Saúde com outros setores; a ausência de uma rede de proteção que forneça um suporte à vítima, à sua família e ao agente notificador; não saber como e a quem notificar; não saber identificar os casos com exatidão; o receio que o profissional tem de acabar prejudicando a vítima, quando o intuito é ajudá-la por meio da notificação da violência; o preenchimento da ficha de notificação que pode parecer complexo e extenso; a violência presente na comunidade; o tempo curto para atender os casos de rotina que chegam às USF e ainda notificar as situações de violência; o receio de represálias aos ACSs; o pacto</p>

		<p>de silêncio presente em algumas comunidades; o fluxo não sigiloso da ficha de notificação e a consequente identificação do profissional notificador; o não feedback dos casos por parte dos outros setores, bem como a burocracia deles; a exposição dos profissionais nas USFs, que faz com que eles fiquem mais vulneráveis à violência; O despreparo da Equipe de Saúde da Família para manejar da forma mais adequada as situações de violência contra crianças e adolescentes.</p>
--	--	--

Fonte: elaboração da autora

Com a análise realizada a partir da revisão integrativa sobre a notificação de violência no contexto da atenção básica é possível inferir que o principal desafio imposto aos profissionais é a detecção e o acompanhamento das situações de violência. Existem grandes lacunas entre as recomendações presentes nas políticas e o processo de trabalho realizado, como a obrigatoriedade de notificar os casos de violência e o reconhecimento da violência como um problema de saúde e conseqüentemente nas ações de promoção e prevenção da saúde. Investir em mudanças no processo de trabalho se coloca como meio para se garantir a integralidade do cuidado e a intersetorialidade nas ações, possibilitando uma rede de atenção para a violência.

As mudanças serão possíveis a partir da compreensão do fenômeno como um processo social que pode se expressar na saúde dos diferentes segmentos etários e da formação e capacitação de profissionais, tanto no que se refere à maior compreensão do tema, quanto a incorporação de estratégias de prevenção e de proteção para situações de violência, a partir do uso de tecnologias que impliquem numa relação dialógica com os usuários

6 APONTAMENTOS PARA CONTINUIDADE DO DEBATE

O capítulo que segue tem por objetivo tecer breves reflexões acerca dos achados na pesquisa: Formação, Intersetorialidade, Medo e Precarização do trabalho. A formação em saúde frequentemente é considerada como uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, de modo a favorecer intervenções capazes de aproximar-se das necessidades da população e da realidade sanitária na qual o profissional está inserido. Diante do exposto, o intuito da discussão desse tópico é suscitar o debate em torno da formação em saúde e seus impactos sobre o tema violência.

Em relação à intersectorialidade averiguou-se nos achados da pesquisa uma sinalização por parte dos sujeitos dos estudos de deficiências nas redes de atendimento para além do âmbito da saúde e um desconhecimento por parte dos profissionais do funcionamento destas. Em virtude da relevância desse achado intenciona-se discutir o conceito de intersectorialidade, e suas deficiências com base nas sinalizações feitas nas pesquisas analisadas para o enfrentamento das questões de violência.

A categoria medo aparece constantemente nos estudos como um dos principais argumentos dos profissionais para não realização da notificação de violência. A partir dos estudos de Baieril (2004) e Bauman (2008), intenciona-se elucidar o medo em notificar, tentando realizar uma articulação com a forma em que se apresenta no cotidiano dos profissionais de saúde, e os leva ao ato de não notificação das situações de violência que se apresentam nos serviços. A precarização das condições de trabalho e suas repercussões no ato de notificação, é identificada mediante o discurso dos profissionais, esse tópico objetiva discutir com base nos dados apresentados nos estudos analisados como a precarização das condições de trabalho no âmbito da saúde afeta o ato de notificação. Propor o debate dessas categorias é ampliar as reflexões em torno do ato de não notificação de violência nos serviços de Atenção Básica.

6.1.A formação³⁷ em saúde e seus impactos no conhecimento sobre a violência

A deficiência na formação, é apontada como um dos entraves significativos para o ato de não notificação das situações de violência, nos serviços de saúde da Atenção

³⁷ Michel Foucault (2004), no livro *A hermenêutica do sujeito*, discute a função da educação e nomeia de “conhecimento útil” aquele que “funciona de tal maneira que é chamado a produzir o *êthos*” (p. 290), ou seja, o conhecimento que se produz e incide sobre a ética do sujeito, sua forma específica de interpretar e atuar no mundo, processo de subjetivação que pode produzir um novo homem ou uma nova mulher. Continua o autor: “O conhecimento útil, o conhecimento em que a existência humana está em questão, é um modo de conhecimento relacional, a um tempo assertivo e prescritivo, e capaz de produzir uma mudança no modo de ser do sujeito” (p. 290). Que educação é essa – poderíamos nos perguntar – que *pode ser capaz*

Básica. Os profissionais de saúde³⁸ entrevistados nos estudos analisados referem que durante a graduação o assunto violência não é abordado pelos currículos dos cursos de saúde. E na pós-graduação o tema sobre o assunto só é estudado se houver interesse por parte do estudante em conhecer o debate em torno do tema, que nesse sentido se direciona para cursos específicos que abordam a temática. Por esse motivo os profissionais apresentam fragilidades na condução dos casos, podendo levar à revitimização da pessoa que sofre a violência e ao aumento dos danos causados pela violência. Os autores (as) das pesquisas analisadas neste estudo destacam que o conhecimento insuficiente sobre a questão é um dos principais fatores que interferem na identificação e notificação dos casos de violência. Na pesquisa de Crovatto (2017, p. 49), a autora afirma que o “*despreparo/desconhecimento*” dos profissionais de saúde é recorrentemente apresentado como fator que interfere na decisão de notificar e resulta na subnotificação da violência. Como afirma;

Entendido em perspectiva histórica, o denominado despreparo dos profissionais não é uma retórica, pois sua visibilidade desestabiliza os lugares de formação em relação aos cursos de graduação, pós-graduação e aos serviços e explicita os descompassos entre as mudanças empreendidas no SUS e a academia. Decorridos doze anos das primeiras normativas relacionadas à notificação da violência, ainda se observa a falta de incorporação da temática violência, notificação e atenção integral à pessoa vítima de violência nos processos formativos. (CROVATO, 2017, p. 62)

Já Lima *et al.* (2011) ressaltam que a formação biomédica dos recursos humanos da saúde que valoriza e tem como foco as evidências clínicas, pode constituir um entrave na revelação de casos de violência, pois nem sempre a vitimização cursa com a exacerbação de sinais clínicos afirmam. Nunes *et al.* (2009) salientam que os profissionais tentam medicalizar a violência, procurando por doenças ou lesões definidas, encontrando dificuldade em intervir em problemas de aspecto sociais, que necessitem de abordagens direcionadas a promoção da saúde, tal aspecto se identifica na quantidade de estudos que ressaltam a violência física, gerando uma invisibilidade das demais violências que acometem a sociedade. Gonçalves e Ferreira (2002), em suas análises sobre a notificação da violência e a formação, advertem que a identificação da violência nos serviços de saúde é ainda carregada de muitas incertezas, pois o assunto não tem sido incorporado, de

de produzir uma transformação nas subjetividades? Entendemos que um processo de educação na saúde só teria sentido se conseguisse operar mudanças, formar um novo sujeito capaz de intervir sobre o seu microcosmo e nele produzir um mundo conectado com os valores do humanismo, da solidariedade, necessários às práticas de cuidado. (FRANCO, p. 11)

³⁸ Enfermeiras (os); médicas (os); Dentistas; Agentes comunitários de saúde.

maneira efetiva, na formação em saúde. Sendo assim, muitos profissionais não dispõem de informações que permitam diagnosticar as formas e tipos de violência. As pesquisas analisadas apontam uma inaptidão do profissional como um dos principais obstáculos para o ato de notificar. Como é possível perceber em alguns relatos dos estudos:

Eu não aprendi esse tipo de coisa na faculdade. Você aprendeu? Eu não! [...] Eu sei que tem a ficha própria para isso, mas a gente do Odonto não fica muito com essa parte. Isso é mais assim da enfermagem, né? Elas conhecem melhor. Devem ter treinamento pra notificar. Eu não sei notificar, não aprendi. Se chegar algum caso, eu mando pra enfermeira e ela resolve. Mas nunca chegou nenhum [caso] assim pra mim. (cirurgião-Dentista-1. Silva, 2012 p. 116)

Eu acho as equipes muito despreparadas. Tem que ter manejo. Essa equipe mesmo é muito despreparada para essas coisas e para outras também. O povo só diz que é pra notificar, mas não ensina como, né? Acha que porque a gente é médico já sabe tudo mesmo. Se for pra notificar eu não tenho nem o telefone do Conselho Tutelar daqui de Olinda. Eu ligo pra quem? Porque tem que ligar, não é? (Médico, 11 – Silva 2012. P. 117)

Para Crovato (2017) o desconhecimento dos profissionais e dos serviços aparece como causa da omissão destes e das instituições na realização da notificação, e aciona discursos que operam diferentes elementos tais como desconhecimento, medo e descompromisso. Como apontado por Silva e Ferriani (2007) em suas apreciações sobre o fenômeno da subnotificação:

A subnotificação está frequentemente relacionada à falta de conhecimento dos profissionais de saúde, da importância e dos procedimentos necessários para a notificação; preocupação dos profissionais com a quebra da confiabilidade das informações e finalmente pela falta de percepção dos profissionais sobre a relevância desta temática para a saúde pública (SILVA; FERRIANI, 2007, p.279)

Análises realizadas nos estudos demonstraram que a associação entre a notificação de violência interpessoal autoprovocada com as variáveis: participar de treinamento, conhecer a ficha de notificação, unidade de saúde ter a ficha, saber para onde encaminhar os casos e ler sobre a temática, mantiveram associação positiva com o desfecho da notificação. Dessa forma, existe maior probabilidade de o profissional notificar as situações de violência quando essas variáveis se apresentam. Esses dados sinalizam a associação direta do ato de notificar com questões relativas ao conhecimento e capacitação na temática. Esses achados reforçam o pressuposto da influência positiva do conhecimento, do acesso à capacitação e da qualificação da formação sobre a atitude dos profissionais em notificar situações de violência como demonstra os estudos analisados.

Em sua pesquisa Moreira (2012) sinaliza que lacuna do conhecimento ultrapassa os limites das instituições formadoras e se estende para a rotina das unidades de saúde,

pois a temática da violência ainda é pouco trabalhada, ou até mesmo, está ausente da pauta de educação permanente³⁹ dos serviços. “Essa formação deficitária leva o profissional a atuar de forma não condizente com a legislação e com as diretrizes das políticas públicas, dificultando a implementação das ações de enfrentamento do fenômeno”. (MOREIRA, 2012, p. 54). Nas apreciações realizadas nos estudos é possível analisar o processo de notificação de violência pelos profissionais dos serviços de Atenção Básica, constatando, principalmente, que os aspectos ligados ao conhecimento influenciaram diretamente a atitude de notificar ou não os casos. Os resultados sugerem que o incremento de capacitações sobre o tema poderia atuar como facilitador para a notificação de casos suspeitos, amenizando os fatores que dificultam esse ato.

Mendonça *et al.* (2018) advogam que a qualificação dos recursos humanos em saúde é um fator essencial para a concretização da Atenção Primária à Saúde no SUS, e ainda se constitui em um desafio para a gestão pública, demandando estratégias de aprimoramento profissional contínuo, tanto no desenvolvimento de técnicas específicas de cada profissão, como em competências para ações coletivas. Diante da complexidade do processo saúde-doença-violência é fundamental a necessidade da reflexão permanente acerca da formação em saúde, Bannwart e Brino (2011) ao investigarem sobre a aproximação dos profissionais com o tema durante suas formações identificaram que a maior parte não teve nenhum ou muito pouco contato com o assunto. A compreensão sobre violência, suas causas, consequências e relações socioculturais são conteúdos cada vez mais exigidos dentro dos aspectos humanísticos da formação dos profissionais de saúde.

Conforme Mello *et al.* (2010), a formação dos profissionais de saúde requer a superação de uma visão instrumentalista ou tecnicista do conhecimento, cabendo à universidade promover modelos mais abertos, interdisciplinares e engajados de processos educativo, cultural e científico. Para esses autores, não basta formar profissionais competentes e cientistas produtivos, é imprescindível formar sujeitos comprometidos com a ética da causa pública, responsáveis pelo mundo em que vivem e que vão ajudar a

³⁹ A educação permanente é uma política do Sistema Único de Saúde (SUS) – que se oficializa por meio da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004) – que tem a proposta de ser uma ação estratégica para contribuir com a transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde e ainda com a organização do sistema de serviços. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa, promove e produz sentido e aponta para a transformação das práticas profissionais baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais em ação na rede de serviços. Logo, é no encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano. (RAMOS; BARROS; FERRAÇO, 2016. p. 35)

construir. Para Biscarde *et al.* (2014) a formação deve contemplar muito mais que as habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, porém são insuficientes para promover mudanças consistentes nos fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como para sustentação dos preceitos do SUS. Conforme defende Barros (2009) necessitamos de uma educação criadora de valores que potencializem a vida e de referências pautadas na solidariedade: “precisamos de uma formação que não se separe do processo de trabalho, que nos estimule a pensar, que estabeleça diálogos com uma rede de saberes e de experiências concretas, num incessante aprender-fazendo.” (BARROS, 2009, p. 140).

6.2. A incompreensão da intersetorialidade e sua repercussão na notificação

Arelada fortemente à formação encontra-se a intersetorialidade, apontada como uma significativa problemática que impacta diretamente o processo de notificação de violência. Este laço entre a formação e a intersetorialidade é intenso, pois a compreensão desse conceito perpassa por uma construção de conhecimento que requer estímulo de aprendizagem durante a formação inicial desse futuro profissional ou depende profundamente de uma educação continuada e permanente nos serviços de saúde onde atuam, o que não ocorre. Nos relatos dos profissionais é possível perceber a dificuldade de compreensão do conceito, assim como, sua operacionalização. Os profissionais demonstram carência de conhecimento sobre a rede de apoio socioassistencial aos serviços de saúde, apresentam desconhecimento dos serviços que fazem parte das redes de proteção, figurando-se assim em dificuldades para o enfrentamento da violência, essa dinâmica também reflete a desarticulação das ações intersetoriais entre os setores. Os trabalhadores destacam também a falta de estrutura desses serviços que compõem as redes, que assim como os serviços de saúde pouco sabem como lidar com as situações de violências que são notificadas pelo setor saúde. Tal cenário é possível perceber em trechos de entrevistas dos estudos analisados:

Se tivesse uma parceria, por exemplo, com o Conselho Tutelar ou com o Juizado de Menores, aí sim [...] seria mais fácil para a gente atender esses casos. Mas, como não tem, a gente não pode negar atendimento, claro. Mas também não pode fazer muita coisa, aí complica. Pra você ter uma ideia, aqui nesse bairro **não tem delegacia pra prestar queixa** [...] não que eu sabia. Daí a gente fica na mão e de mãos atadas. (Médico, 19) (Silva, 2012, p. 113)

Se notificar, pra onde a gente vai encaminhar? Vai notificar pra que? Pra nada? Tem que encaminhar pra algum lugar! **Ou então, é melhor não notificar** [...] um trabalho danado! Eu acho que esse é um assunto muito sério, mas a gente sozinha não consegue resolver nada. Também cada cabeça é um mundo e tem

gente que nem liga mesmo pra isso. [...] (Cirurgiã-Dentista – 19) (SILVA, 2012, p. 117)

O relato dos profissionais reforça o entendimento de entraves estruturais na rede de serviços assim como sua fragilidade quanto aos aspectos teóricos e operacionais, demonstrando uma rede de serviços fragmentada, sem articulação entre os setores. Dessa forma, podem inviabilizar o ato notificatório e levar ao aumento dos danos causados pela violência, como salienta Moreira (2012) em sua pesquisa sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da estratégia saúde da família.

De acordo com as análises de Junqueira (1997) em seus estudos sobre a intersetorialidade, esta se constrói mediante a articulação de vários setores e envolve distintos atores sociais, tais como: governo, sociedade civil organizada, movimentos sociais, universidades, autoridades locais, setor econômico e mídia, tendo como preceito a reunião de vários saberes e possibilidades de atuação, no sentido de viabilizar um olhar mais amplo sobre a complexidade do objeto, a fim de possibilitar a análise dos problemas e das necessidades, no âmbito de um dado território e contexto bem como a busca de soluções compartilhadas. (JUNQUEIRA, 1997, p. 41-42). Em seus estudos Foster *et al.* (2017)⁴⁰ sinalizam a intersetorialidade como ação entre vários setores sociais, que utilizam tecnologias compartilhadas para obtenção de resultados à população em um determinado território. Já as apreciações de Silva e Rodrigues (2010), afirmam que a intersetorialidade é uma estratégia em construção da qual os distintos atores, setores e segmentos sociais ainda estão se apropriando. E que, nessa visão estruturante do SUS, a intersetorialidade surgiu como estratégia em que os diferentes setores sociais, com seus saberes e práticas, se articulariam e se integrariam a fim de orientar e garantir a integralidade do cuidado.

⁴⁰ Forster *et al.* (2017) selecionaram três publicações dadas sobre o conceito de intersetorialidade pelo Ministério da Saúde nos anos de 1999, 2006 e 2012, e se faz relevante destacar:

[...] Intersetorialidade - desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidades de meios para fins idênticos.

[...] Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade.

[...] desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e [...] apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e o controle social.

Dias *et al.*, (2014) ressaltam que ações intersetoriais devem ser efetivadas mediante parcerias e de recursos na comunidade que possam potencializar estas ações, além de favorecer a integração de projetos sociais e setores afins e orientados para a promoção da saúde. Para Silva e Tavares (2016), a intersetorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, de direitos sociais, assim, esse novo arranjo requer mudanças de valores da cultura para um agir coletivo totalmente distinto.

Dessa maneira como salienta Chiari (2015) a intersetorialidade objetiva superar o isolamento teórico e prática de diversas políticas públicas, possibilitando então, uma gestão cooperativa, descentralizada e voltada para a realidade territorial. A ação intersetorial se efetiva nas ações coletivas, e sua construção se dá como um processo, já que envolve a articulação de distintos setores sociais possibilitando a descoberta de caminhos para a ação (COMERLATTO *et al.*, 2007)

Um dos primeiros entraves que permeia a incompreensão do que é a intersetorialidade é justamente a dificuldade de compreensão do conceito do termo em virtude da polissemia que o acompanha. É complexo conceituar algo e estabelecer suas conexões, especialmente no caso da intersetorialidade que carrega ligações com tantos outros conceitos que carecem de compreensão. Para Pereira (2014, p. 23): “a intersetorialidade é um termo dotado de vários significados e possibilidades de aplicação”. Afirma a autora que no Brasil dos últimos vinte anos a intersetorialidade vem despertando crescente interesse intelectual e político, particularmente no âmbito das políticas sociais públicas. Defende ainda que nesse âmbito apoia-se no reconhecimento de que as relações concertadas entre “setores” implica mudanças substâncias na gestão e impactos dessas políticas, bem como ampliação da democracia e da cidadania social. Conforme as considerações de Carmo e Guizardi (2017), a condição de indefinição terminológica é compartilhada por quase todos os conceitos no campo social é e um desafio. E esse fenômeno se dá de forma semelhante em relação ao termo intersetorialidade, e este experimenta uma imprecisão teórica nas diferentes áreas do conhecimento que se apresenta.

Em suas considerações, Monnerat e Souza (2014) defendem que apesar da escassez da bibliografia sobre o tema da intersetorialidade, alguns consensos podem ser inferidos a partir da análise da literatura especializada. Sublinham as autoras que no tocante aos significados atribuídos ao termo a despeito da distinção de abordagens, pode-se afirmar em linhas gerais que predomina “a noção de intersetorialidade como estratégia de gestão voltada para a construção de interfaces entre setores e instituições

governamentais (e não governamentais), visando o enfretamento de problemas sociais complexos que ultrapassam a alçada de um só setor de governo ou área de política pública⁴¹.” (MONNERAT; SOUZA, 2014 p. 42). Pontuam ainda as autoras que no campo da saúde coletiva, o debate da intersetorialidade surge mediado pelo conceito ampliado de saúde conformado a partir do projeto da reforma sanitária, perspectiva na qual se reconhece que os determinantes sociais, e não somente os aspectos biológicos, incidem sobre o processo saúde - doença.

Portanto como afirma Pereira (2014, p. 23):

além de princípio ou paradigma norteador, a intersetorialidade tem sido considerada como: uma nova lógica de gestão, que transcende um único “setor” da política social; e/ou uma estratégia política de articulação entre “setores” sociais diversos e especializados. Além disso, relacionada à sua condição de estratégia, a intersetorialidade também é entendida como: instrumento de otimização de saberes; competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo comum; e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas. (PEREIRA, 2014, p. 23)

Outra problemática que se identifica em torno da intersetorialidade que é possível inferir através dos estudos é a fragilidade na articulação intersetorial em virtude da ausência de ações entre os setores. Segundo Franco e Mehry (2003), a intersetorialidade deve reunir em torno de si elementos que dizem respeito às relações intra e interinstitucionais e outros relacionados à micropolítica da organização dos serviços, bem como as firmadas no processo de trabalho. E assim, é possível inclusive mergulhar nos processos decisórios nos serviços e na gestão de saúde. A ausência dessa articulação fragiliza e dificulta o processo de trabalho intersetorial dos serviços de saúde e demais da rede socioassistencial. Como bem salienta Comerlatto *et al.* (2007):

[...] a construção da intersetorialidade se dá como um processo, já que envolve a articulação de distintos setores sociais possibilitando a descoberta de caminhos para a ação. Como um meio de intervenção na realidade social, impõe a articulação de instituições e pessoas para integrar e articular saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações, construindo uma rede (COMERLATTO *et al.*, 2007, p. 269).

De acordo com as análises de Junqueira, (2000), Inojosa (2001) e Nascimento (2010) a intersetorialidade é uma integração de diversos saberes e experiências de diferentes sujeitos e serviços sociais que contribuem nas decisões de processos

⁴¹ Na produção bibliográfica disponível, ganha destaque a reflexão acumulada nos campos da Saúde Coletiva e da Administração Pública. Por outro lado, constata-se que há pouca produção, por exemplo, nos campos da Educação e da Assistência Social, muito embora esta última área apresente a concertação intersetorial como princípio norteador de seus programas sociais, a exemplo do Programa Bolsa Família (PBF) e do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF). (MONNERAT & SOUZA, 2014)

administrativos para o enfrentamento de problemas complexos, com ações voltadas aos interesses coletivos que melhoram a eficiência da gestão política e dos serviços prestados. Diante das problemáticas encontradas em torno da intersetorialidade é possível compreender que a não compreensão do conceito de intersetorialidade, a ausência de ações entre os setores, e o descrédito na rede gera fragilidades no processo de notificação da violência corroborando assim para a subnotificação dos casos nos serviços de saúde da Atenção Básica. Como ressalta Inojosa (2001); desenvolver estratégias e ações intersetoriais envolve atuar com diferentes sujeitos e serviços sociais, que, por meio de saberes, poderes e vantagens para resolver problemas complexos. Mendes e Ackerman (2007) salientam que trabalhar de modo intersetorial significa superar a fragmentação do conhecimento e da prática e buscar a unidade e a diversidade para melhor compreensão da realidade.

Com a intersetorialidade, busca-se a superação de uma visão restrita de mundo e a compreensão da complexidade da realidade. O reconhecimento dos domínios temáticos propicia a sua comunicação para a construção de uma síntese. Esse seria o caminho para a sinergia nas políticas públicas (MENDES; ACKERMAN, 2007)

Não existe uma fórmula mágica para efetivar a intersetorialidade, mas a educação permanente nos serviços é um caminho, explorar cada vez mais a pactuação e construção de objetos e objetivos de intervenção comum entre os diferentes setores e fomentar a cooperação entre os setores maior será a possibilidade de avançar na intersetorialidade. Porque conforme assevera Pereira (2014, p.37); “a intersetorialidade não é uma estratégia técnica, administrativa ou simplesmente de boa prática gerencial. Pelo contrário, é um processo eminentemente político e, portanto, vivo e conflituoso.

6.3. Medo – A interferência da subjetividade no ato de notificar

A categoria empírica “medo” encontrada nos estudos analisados emerge no imaginário, no cotidiano e na ação dos atores sociais frente ao processo de notificação da violência nos serviços de saúde da Atenção Básica. Figurando, assim, o medo como um dos fatores delineadores da ação dos profissionais de saúde, influenciando no que fazem ou o que pensam poder ou não fazer em relação à questão.

Em suas alegações acerca do medo⁴², os profissionais seguem um padrão extremamente coeso quase que ensaiado para se referir à problemática. É nítida a

⁴² Jean Delumeau em sua cartografia sobre a história do medo no ocidente nos mostra que o medo é ambíguo, inerente à nossa natureza, é uma defesa essencial, uma garantia contra os perigos, um reflexo indispensável que permite ao organismo escapar provisoriamente à morte. “sem o medo nenhuma espécie

construção de um enredo que envolve o medo em torno da notificação compulsória de violência por parte dos profissionais inseridos nos serviços de atenção básica.

A narrativa apresentada é sempre a mesma. Os medos manifestados pelos trabalhadores têm designações, indivíduos que os provocam e os sustentam vivos e permanentes, e um cenário específico e bem estruturado onde se expressam, modificando quando muito sua aparência, mas refletem processos estruturados e articulados historicamente e que mesclam um conjunto de personagens.

Os argumentos mais comuns que aparecem nos discursos sobre o medo relatado pelos profissionais para justificarem o ato de não notificar, são a represália por parte dos autores de violência, o envolvimento legal e emocional e medo em prejudicar a mulher em situação de violência, como é possível perceber nos relatos de alguns dos estudos analisados:

A principal dificuldade é o **envolvimento legal, medo de repressão** por⁴³ parte do agressor, o envolvimento emocional, (...). (LUNA, 2007, p. 60)

A principal dificuldade é o desconhecimento dos procedimentos e **medo de envolvimento legal**. (LUNA, 2007, p. 60)

Eu não sei como meus amigos responderam, mas eu acredito que muita gente não notifica, muita gente não notifica mesmo por medo, eu acho, **por medo da represália, da consequência de que isso pode gerar pra gente** (M9). (MARQUES, 2019. p. 60)

Eu mesmo tenho medo de notificar a situação toda, o caso, e, depois o pai ou mãe bater ainda mais na criança. Aí acabou prejudicando, em vez de ajudar. **Tem gente que pode perseguir a gente também, tem que ter muito cuidado, entende? Muito cuidado**. (...) Enfermeiro -33. (SILVA, 2012 p. 114)

Esse medo realmente os profissionais têm, porque tem que ter⁴⁴ muito sigilo (...) porque se você abrir a boca você pode ter **represálias e passadas**. (...) (CARNASSALE, 2012, p. 103)

teria sobrevivido” afirmará Delumeau (2009, p. 23). Afiança o historiador. que “o medo das espécies animais é único, idêntico a si mesmo, imutável: o de ser devorado”. Já o medo humano salienta o escritor é “filho de nossa imaginação, não é uno, mas múltiplo, não é fixo, mas perpetuamente cambiante”, aponta Delumeau (2009, p. 23), e ainda assevera que o medo ao exceder uma dose tolerável, ele se torna patológico e cria bloqueios. Pode-se morrer de medo, ou ao menos ficar paralisado por ele. Maupassant, nos contos da galinhola, descreve-o como uma “sensação atroz, uma decomposição da alma, um espasmo horrível do pensamento e do coração de que só a lembrança dá arrepios de angústia.” Por causa de seus efeitos por vezes desastrosos, Descartes o identifica com a covardia, contra a qual não se poderia muito proteger-se com antecedência. (DELUMEAU, 2009, p. 24)

⁴³ Trechos de entrevistas dos profissionais de saúde extraídos da Dissertação de Luna (2007): *Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família de Fortaleza-CE*.

⁴⁴ Trechos de entrevistas dos profissionais de saúde extraídos da Dissertação de Carnassale (2012): *Notificação de violência contra a mulher: conhecer para intervir na realidade*.

Em seguida, nota-se um discurso de separação, onde é possível compreender nas exposições dos profissionais uma nítida distinção entre eles e os usuários. Vigorando assim uma naturalização do processo de violência que acomete os sujeitos que procuram os serviços de saúde, como apontado em alguns relatos dos trabalhadores avaliados:

Eu tenho algumas dificuldades em relação a alguns casos devido à⁴⁵ **violência que nós como profissionais podemos sofrer**. Temos um contato estreito com as famílias que atendemos e por isso mesmo **há o medo de uma represália**, então talvez nesse sentido aconteça sim uma dificuldade em realizar a notificação. (M7). (MARQUES, 2019, p. 60)

Se a gente passar a atender todos os casos de violência, a gente vai⁴⁶ criar uma demanda e **ficaremos muito mais expostos à violência**. Aqui, nessa região da gente, é cada um por si e Deus que nos proteja. (cirurgião-dentista -5) (SILVA, 2012 p. 112)

Eu trabalho aqui nesse PSF há quase seis anos e já vi, ou então, ouvi falar pelos relatos que chegam de muita coisa. Todos (os profissionais da USF) aqui ficam muito expostos e não podem **colocar a vida em risco sempre né?** (...) Enfermeiro -33. (SILVA, 2012 p. 114)

A gente fica numa corda bamba mesmo. Porque, assim, eu sei que sou obrigado a notificar. Mas, por exemplo, chega um filho do chefe do tráfico aqui da comunidade. Vamos dizer que essa criança tem algum sinal de que foi maltratada. Eu sabendo quem é o pai dela, eu vou notificar? Eu vou chamar o conselho tutelar? Aqui no Alto (região onde fica a USF)? **E depois, como é que eu fico? E minha família também, né? Eles (os possíveis agressores) podem querer se vingar da gente ou do ACS, que é pior ainda, né?** Eles (os ACS) moram aqui na comunidade. Eles mesmos (os ACS) são os primeiros a não dizer nada pra não se queimar e ter confusão com ninguém, mesmo que eles estejam sabendo que a criança é abusada. Aliás ninguém fala.” (cirurgião-dentista -20) (SILVA, 2012 p. 114-115)

Atrelado a esse discurso tem-se também uma perceptível segregação urbana nos relatos dos profissionais como justificativa do seu sentimento de medo, há uma referência nítida ao território e às pessoas que vivem onde os serviços estão localizados. como podemos considerar nos fragmentos que seguem:

Eu tenho medo de notificar às vezes, porque aqui **nós trabalhamos⁴⁷ em uma comunidade extremamente vulnerável e violenta**, estamos aqui todos os dias praticamente, você tem que trabalhar com muito cuidado. (E5). (MARQUES, 2019. p. 60)

⁴⁵ Trechos de entrevistas dos profissionais de saúde extraídos da Dissertação de Marques (2019): Notificação de violência intrafamiliar na perspectiva de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da família.

⁴⁶ Trechos de entrevistas dos profissionais de saúde extraídos da Dissertação de Silva (2012): Entre as amarras do medo e do dever socio-sanitário: Notificação da violência contra crianças e Adolescentes sob a perspectiva de rede na Atenção Básica.

⁴⁷ Trechos de entrevistas dos profissionais de saúde extraídos da Dissertação de Marques (2019): Notificação de violência intrafamiliar na perspectiva de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da família.

A comunidade é muito violenta, tem muitos crimes e deve ter muito⁴⁸ caso de violência que nem chega pra nós aqui. A gente tenta fazer a política da boa vizinhança, mas claro que dá medo na gente. Não é fácil, pra quem tá na ponta.” (cirurgião-dentista -5) (SILVA, 2012 p. 112)

Porque você não tem respaldo. Você vai fazer visita na área, você, o⁴⁹ ACS está direto ali. O enfermeiro vai, o médico vai, e quer dizer, **como que essa população, esse pessoal vai te receber? De repente te dá um tiro lá, te mata e você nem ...**

A gente percebe a importância (da notificação), sabemos o quanto isso poderia melhorar o atendimento dessas mulheres, mas por outro lado, por essa falta de conhecimento, o medo é muito grande. **A gente está em uma região violenta, escutamos muitos casos.** (...) a gente faz visita domiciliar na casa das pessoas, entra em lugares onde a gente não sabe onde está. Acompanhamos a agente comunitária, que conhece a área, que pode estar informando, mas a gente se sente insegura.

E um ponto que a gente tocou também é essa questão das represálias que às vezes aparece. A vítima às vezes solicita, pede ajuda, só que ao mesmo tempo em que pede, ela impede, porque ela tem medo de represália. Então às vezes ela pede pra não escrever sobre isso ou mesmo não denunciar. (...) **às vezes o agressor é um traficante ou alguém que é influente ali na comunidade, então gera algum temor dentro da equipe.** (CARNASSALE, 2012. p. 103)

Os enredos em torno do medo traçados pelo relato dos profissionais nos permitem identificar o contexto que o materializa e o torna assim algo elaborado e estruturado. É possível observar a relação das situações em que ele ocorre. É o conjunto de circunstâncias em que se produz a mensagem, o lugar onde ocorre bem como os atores envolvidos no processo, que permitem a sua corporificação.

Nesse *script*, o roteiro é complexo e estático, pois os personagens apresentam discursos bem marcantes, o que possibilita tecer um retrato da situação em si com regras e normas de convivência, sinais e pactos bem definidos. Os personagens principais deste enredo são: os profissionais de saúde, as vítimas da violência, os agressores e a rede de serviços intra e intersectorial. O cenário onde se desenvolve os atos são os serviços de saúde e a comunidade onde esses serviços estão localizados.

Refletindo sobre esse achado, que se apresenta como um limitador do processo nos serviços de atenção básica de saúde no que diz respeito à notificação compulsória de violência, nota-se que a categoria, encontra-se no âmbito do medo social nos termos do que é evidenciado por Baierl (2004). Tal inferência é possível de ser feita a partir da

⁴⁸ Trechos de entrevistas dos profissionais de saúde extraídos da Dissertação de Silva (2012): *Entre as amarras do medo e do dever socio-sanitário: Notificação da violência contra crianças e Adolescentes sob a perspectiva de rede na Atenção Básica.*

⁴⁹ Trechos de entrevistas dos profissionais de saúde extraídos da Dissertação de Carnassale (2012): *Notificação de violência contra a mulher: conhecer para intervir na realidade.*

análise dos discursos que emergem nas entrevistas realizadas nos estudos analisados e as dinâmicas construídas por esses discursos.

Essa dinâmica nos faz compreender o que Baierl (2004) quer expressar, em seus estudos, que o medo é construído socialmente, pois, possui um fim último de pessoas e coletividades inteiras a interesses próprios e de grupos, tem sua gênese na própria dinâmica da sociedade e é utilizado como estratégia de manipulação para subjugar, escravizar e dominar as pessoas. Como afirma a autora:

Tomar o medo social como objeto é buscar explicá-lo como um instrumento criado socialmente por determinados grupos, que impede as pessoas de coletivizarem seus interesses e o próprio medo, tecendo uma nova cultura e novos padrões éticos, no âmbito do privado e na esfera onde se gesta a vida cotidiana, alterando sua dinâmica, seus ritmos e seus procedimentos. É entendê-lo, não como um fenômeno pronto e acabado, mas como resultado de múltiplos processos, buscando, explicações no bojo das relações sociais, das condições reais de vida dos sujeitos e na forma concreta como se expressa no cotidiano das pessoas. O objeto de estudo, dessa maneira, não se configura como algo estático, mas trata-se de um objeto que vai se construindo a partir da dinâmica da própria realidade social e histórica e, sobretudo, da forma como a violência vai se constituindo na nossa realidade. (BAIERL, 2004, p.23)

Conforme a pesquisadora em seus estudos, o medo sempre esteve presente na vida das pessoas e das sociedades. Afirma que o medo se conforma como um sentimento natural, intrínseco aos seres vivos, racionais e irracionais. “É um sinal de alerta de que estamos correndo alguns riscos. No entanto, pontua que esse risco pode ser real, imaginário ou potencial. “Se o medo é real, o risco que se corre pode ser potencial ou imaginário e não necessariamente real. O medo nos mobiliza para ficarmos atentos.” (BAIERL, 2004, p. 37)

Para Baierl (2004) é necessária uma diferenciação entre o medo e a reação ao medo.

As reações aos medos não são naturais, são reações aprendidas e condicionadas socioculturalmente. O medo não provoca acidentes, mortes e prejuízos às pessoas, pois é o sentimento-sensação que afeta as pessoas de diferentes formas e cada uma delas reage à sua maneira, ou seja, tem uma determinada conduta frente à sensação do perigo. O que provoca acidentes e mortes é exatamente a forma de reação ao medo, que também vem sendo construída socialmente e pode constituir numa resposta coletiva às formas de uso feitas através do medo. (BAIERL, 2004, p. 39)

Acentua a autora que enquanto o medo dos animais é estável, igual e constante, no ser humano ele sofre uma variedade de configurações não estáticas, mas em intensas mutações, pois é edificado socialmente. É o abrigo necessário para sobrevivência dos humanos ou não. É o identificador de riscos. Portanto, afirma, por mais que o medo seja

orgânico, não pode ser naturalizado e refletido somente em suas linhagens biológicas, pois sublinha que nos humanos ele se exhibe de múltiplas formas e significados.

De acordo com suas considerações as pessoas aprendem, ao longo da sua vida, a reagir de determinadas maneiras frente a acontecimentos e fatos. Portanto, como salienta a autora:

[...] outra distinção necessária a ser feita é de que o medo não pode ser confundido com a violência e com as formas de reação a ele. Essas últimas, sim, podem ser violentas ou não. Pode-se reagir ao medo fugindo dele, entregando-se a ele e ao objeto do medo, enfrentando-o, ou pode-se, simplesmente, fingir que ele não existe. Ou seja, violência não é sinônimo de medo ou vice-versa. Medo diz respeito a sentimentos e emoções, e violência é ato e ação. As reações ao medo, essas sim podem ser violentas... (BAIERL, 2004, p. 39)

Dessa forma Baierl (2004, p. 46) pondera que “a questão que se coloca é o medo condicionado socialmente e o uso que se faz desse medo”. Ela afirma que estudar o medo é considerar como ele é construído de um jeito particular e coletivo em contextos sociais individuais historicamente situados. “Embora possa ser expresso socialmente, fruto de relações sociais, ele é construído e processado de forma singular por sujeitos singulares em situações semelhantes e similares.” (BAIERL, 2004, p. 46). Nesse sentido, pode-se considerar que a não notificar configura-se com uma reação ao medo de sofrer algum tipo de represália em decorrência da ação de uma notificação.

Baierl afirma que a edificação do entendimento do que é o medo social, a forma como nasce e se processa e como é construída sua dinâmica é fundamental para a compreensão de como é germinado e nutrido cotidianamente na vida das pessoas, nas suas singularidades, afetando a forma de ser e viver. Afirmando que:

o medo social se gesta em um contexto em que o Estado, cada vez mais, não consegue assumir para si: Seu papel legítimo de garantir e manter o “Estado de Direito”. Isso contribui, cada vez mais, para o isolamento das pessoas e segregação das mesmas, em vez de propiciar a emergência de ações coletivas em torno de reivindicações de direitos sociais legítimos, além de conduzir para a construção de estratégias na esfera do particular e para a ampliação das formas discriminatórias. Desqualifica a força e a ação coletiva, enquanto estratégias que visam à transformação da realidade. (BAIERL, 2004, p.26 - 28)

Dessa forma, é primordial estudar as formas de reação ao medo, de enfrentamento ou passividade frente às diferentes manifestações de violência supõem reconstruir as formas sobre como a violência nasce e cresce na sociedade e nas relações entre Estado e sociedade. Dessa forma, como orienta a autora deve-se “analisar as desigualdades sociais e as formas de exclusão que, se de um lado, por si só, não explicam a violência, por outro, criam o clima propício para sua expansão”. (BAIERL,2004, p. 25).

Na mesma linha de análise de Baierl as considerações do sociólogo Baumam (2008) trará ao debate em torno do medo considerações de caráter sociológica para a sua sustentação na sociedade moderna. Segundo suas análises, os humanos vivenciam algo a mais além do medo⁵⁰ biológico. Uma espécie de medo de “segundo grau”⁵¹, classifica o autor.

“[...] um medo, por assim dizer social e culturalmente “reciclado”, ou um medo “derivado” que orienta seu comportamento (tendo primeiramente reformado sua percepção do mundo e as expectativas que guiam suas escolhas comportamentais), quer haja ou não uma ameaça imediatamente presente.” (BAUMAM, 2008, p. 9)

Conforme suas apreciações os medos derivados possuem três naturezas de perigos: há aqueles que ameaçam o corpo e as propriedades, existem os de âmbito mais geral ameaçando a durabilidade da ordem social e a confiança nela e depois os perigos que ameaçam o lugar da pessoa no mundo como a posição na hierarquia social, a identidade (de classe, de gênero, étnica e religiosa) e de forma mais ampla, a imunidade à degradação e à exclusão sociais.

Como assevera o autor, as ocasiões de ter medo estão entre as poucas coisas que não se acham ausentes atualmente, altamente carente em matéria de certeza, segurança e proteção, os medos são inúmeros e variados. “Pessoas de diferentes categorias sociais, etárias e de gênero são atormentadas por seus próprios medos; há também aqueles que todos nós compartilhamos – seja qual for a parte do planeta em que possamos ter nascido ou que tenhamos escolhido (ou sido forçados a escolher) para viver.” (BAUMAM, 2008, p. 31)

O problema, porém, é que esses medos não fazem sentido facilmente. Como surgem um a um numa sucessão contínua, embora aleatória, eles desafiam nossos esforços (se é que os fazemos) para estabelecer ligações entre eles mesmos e encontrar suas raízes comuns. Esses medos são ainda mais aterradores por serem tão difíceis de compreender, porém mais aterradores ainda pelo sentimento de impotência que provocam. Não tendo conseguido entender suas origens e sua lógica (se é que seguem uma lógica), também estamos no escuro e na incerteza quando se trata de tomar precauções – para não falar em evitar ou enfrentar os perigos que eles sinalizam. Simplesmente

⁵⁰ O medo é um sentimento conhecido de toda criatura viva, dirá o sociólogo Zygmunt Bauman, e os humanos partilham dessa experiência com os animais acentua. De acordo com Bauman (2008) os especialista em comportamento animal apresentam de maneira altamente detalhada o abastado repertório de reações dos animais à presença iminente de uma ameaça que coloca em risco suas vidas e que todos, afirma o autor “como no caso de seres humanos ao enfrentar uma ameaça, oscilam entre alternativas da fuga e da agressão.” (BAUMAM, 2008, p. 9).

⁵¹ O medo secundário pode ser visto como um rastro de uma experiência passada de enfrentamento da ameaça direta um resquício que sobrevive ao encontro e se torna um fator importante na modelagem da conduta humana mesmo que não haja mais uma ameaça direta à vida ou à integridade. (BAUMAM, 2008, p. 9)

nos faltam ferramentas e habilidades. Os perigos que tememos transcendem nossa capacidade de agir, até agora não chegamos sequer ao ponto de podermos conceber claramente como seriam as ferramentas e habilidades adequadas a essa tarefa, que dirá conseguir começar a planejá-las e criá-las. (BAUMAM, 2008, p. 32)

No que diz respeito à categoria empírica medo é possível observar que ao verbalizar a situação os profissionais enfatizam como algo real, decorrente de experiências ameaçadoras, que convivem no seu cotidiano de trabalho, sentindo-se ameaçados em sua integridade física e no desenvolvimento de seu trabalho, caracterizando uma das resistências para se notificar, ao se sentirem perseguidos pelos autores da violência, das vítimas notificadas.

Para se compreender a dinâmica e manifestação desse medo⁵² relatado pelos sujeitos, é preciso apreendê-lo como um fenômeno societário complexo que envolve as relações entre as forças sociais, culturais e políticas da sociedade que o produz, uma vez que ele se nutre de fatos sociais, a exemplo da violência urbana, imaginários e culturais.

Partindo desse pressuposto, compreende-se que o medo, exteriorizado socialmente minimiza ou até mesmo extingue o senso crítico daqueles que o compartilham, tornando propícia uma dominação baseada na manipulação dessa emoção. Assim, mostra-se o medo social como um objeto de análise pertinente para a compreensão das questões que o ato de não notificação das situações de violências nos serviços de saúde da Atenção Básica.

6.4. A precarização do trabalho e sua ressonância no ato de notificar

A precarização⁵³ do trabalho é uma categoria que aparece como elemento que corrobora na ação de não notificação das situações de violência nos serviços de saúde da

⁵² Para Chauí (2009, p.59); “o medo é uma paixão, triste paixão”, afirma a filósofa. Sua genealogia e suas sequelas fazem com que não seja paixão isolada, “mas articulada a outras, formando um verdadeiro sistema de medo, determinando a maneira de sentir, viver e pensar dos que a ele estão submetidos.” (CHAUÍ, 2009, p. 59). Sublinha em seu escrito que o medo brota de paixões e pode ser atenuado, mas nunca extinto, por outros afetos contrários e mais fortes do que ele, assim também como pode ser majorado por paixões mais tristes do que ele. O sistema do medo⁵², segundo as investigações de escrita; tem sua gênese tanto nas vinculações entre certas paixões como nas imagens corporais que envolvendo as ideias imaginativas na mente, “urdem um tecido de reações e causalidades abstratas que pretendem oferecer-se como explicação dos acontecimentos, como interpretação dos afetos e como conhecimento do real.” (CHAUÍ, 2009, p. 59).

⁵³ O termo “precariedade” foi creditado como sendo usado primeiro por Bourdieu (1963), ao mencionar o termo francês *précarité* (precariedade/insegurança), em sua pesquisa de 1960 sobre a classe trabalhadora na Argélia (CANGIÀ, 2018, p. 10). Ele observou a divisão social que separava o trabalhadores permanentes dos temporários e disse que os últimos eram *précarité*. O uso do termo precariedade, nessa época, não estava associada ao emprego inseguro, mas à pobreza, como no uso original de Bourdieu. Porém, nos anos 1980 as reformas neoliberais começaram a destruir as garantias de emprego em tempo integral, relacionando novamente a precariedade à insegurança no emprego. Foi com base no aumento do desemprego e da introdução de relações “flexíveis” nos empregos dos países europeus que instigaram Bourdieu (1998, p. 83) a declarar que a precariedade “agora está em toda parte”. Os autores que seguiram a linha de

Atenção Básica, apesar de não ser reconhecida pelos profissionais de saúde. Tais elementos é possível de se perceber nas falas dos profissionais entrevistados nos estudos analisados. Como por exemplo: sobre os aspectos de sobrecarga de trabalho que leva a falta de tempo; ao acúmulo de serviços, as elevadas demandas nas unidades de saúde; o adoecimento dos profissionais, o tempo curto de atendimento para atender as demandas, e os insumos indisponíveis para prestar o atendimento. Como é possível de perceber em trechos das entrevistas.

A gente atende muito e as consultas acabam sendo curtas ao sentido de bem objetivas, quando a gente pega um caso em que tem que demorar mais como uma violência por exemplo, nossa! Até já sei que tá virando uma bola de neve lá fora, e ainda perder tempo fazendo notificação... (E1)

Porque aqui, por exemplo, é uma clínica que a gente tem uma demanda muito grande de atendimento, então você para pra ter um tempo de fazer a notificação é bem complicado....

A grande demanda de pacientes não permite uma atenção maior a exames mais detalhados” (Médico, 14)⁵⁴

As análises de Druck e Franco (2009) sobre a precarização do trabalho nos dão elementos para compreender como no âmbito da Atenção Básica operam esses aspectos. A exemplo da vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais, que diz respeito aos modos de mercantilização da força de trabalho que produzem um mercado de trabalho heterogêneo, segmentado, marcado por uma vulnerabilidade estrutural e com contratos precários, sem proteção social; intensificação do trabalho e terceirização que, por esta intensificação, impõe-se ao trabalhador condições precárias sustentadas na terceirização, assédio moral e abuso de poder; insegurança e saúde no trabalho que resulta de padrões de gestão que desrespeitam o necessário treinamento, em detrimento ao aumento da produtividade a qualquer custo; perda das identidades individual e coletiva que tem suas raízes na condição de desempregado e na ameaça permanente da perda do emprego, que tem se constituído numa eficiente estratégia de dominação; fragilização da

pensamento de Bourdieu veem a precariedade primariamente como uma condição de trabalho (CASTEL,1998, KALLEBERG,2009). Com base nessa perspectiva, verifica-se que a precariedade está relacionada ao trabalho precário -caracterizado por insegurança no emprego, trabalho temporário ou em meio período, falta de benefícios sociais e baixos salários (MILLAR, 2017). Atualmente, constata-se o crescimento deste fenômeno, sendo que diversos pesquisadores têm se dedicado a compreender e desvelar as causas e consequências da precarização no trabalho (ANTUNES, 2011; BOURDIEU, 1998, 1999; CASTEL, 1998; DRUCK, 2013; HIRATA, 2011). (TEIXEIRA, 2020, p. 3)

⁵⁴ Trechos de entrevistas dos profissionais de saúde entrevistados extraídos da Dissertação de Silva (2012): Entre as amarras do medo e do dever socio-sanitário: Notificação da violência contra crianças e Adolescentes sob a perspectiva de rede na Atenção Básica.

organização dos trabalhadores que pode ser identificada no enfraquecimento de organização sindical e de luta pelos direitos, em decorrência da alta concorrência laboral, e heterogeneidade de vínculos; condenação e descarte do direito do trabalhador que expressa-se no ataque às formas de regulamentação do Estado, através das reformas que atacam as leis trabalhistas vigentes com seus “princípios” liberais de defesa da flexibilização, como processo inexorável trazido pela modernidade dos tempos de globalização (DRUCK; FRANCO, 2009).

Dentre os indicadores apontados por Druck e Franco (2009), nota-se nos estudos analisados, a intensificação do trabalho, o apelo a produtividade nos serviços de Atenção Básica o que fere os princípios do SUS assim como os da AB, a sobrecarga de trabalho, a ausência de recursos materiais e humanos para desenvolver as ações nos serviços. No que diz respeito à intensificação do trabalho, traz-se evidências de que os trabalhadores da AB se sentem sobrecarregados com a quantidade e o acúmulo de demandas que precisam solucionar nas unidades de saúde. Os relatos permitiram identificar que o acúmulo de atividades, produtor de sobrecarga de trabalho, pode guardar relação com a subnotificação de violência de trabalhadores da AB.

Uma dificuldade na Estratégia é que a gente tem que fazer mil coisas ao mesmo tempo... atender adulto, criança, consultas de rotina, emergências, visitas domiciliares, paciente psiquiátrico, fazer um monte de burocracia, e com isso tudo, notificar fica difícil, tinha que ter que parar, gerar isso, gerar aquilo, você pegar um papel, fazer um não sei o quê, e isso eu acho que dificulta, que é muito burocrático. (M 4)

É que é muita coisa, muito trabalho e a notificação é muita coisa também, é muita pergunta e isso toma muito tempo. (M 6)

O déficit no número de membros das equipes de saúde é um aspecto prejudicial aos trabalhadores atuantes, pois eles precisam dar conta de um leque de demandas reprimidas que pode repercutir na qualidade do atendimento prestado, conforme relato a seguir:

Tem muitas demandas na Atenção básica, né? Quem já trabalhou ou trabalha com PSF sabe disso. A gente fica sem muito tempo pra fazer as coisas da rotina mesmo e, ainda por cima, notificar [...] é uma carga grande e sempre tem alguma coisa que acaba ficando pra outro dia, assim, pra o dia seguinte, entende? (Enfermeira, 36)⁵⁵

A insuficiência de recursos materiais e insumos também evidenciados nesta categoria compromete a assistência aos usuários, interrompendo o atendimento,

condicionando o desempenho dos trabalhadores e requerendo soluções por meio improvisos. O relato dos pesquisadores indica que os poucos recursos restringem a assistência à saúde, como na pesquisa de Silva (2012) que auferiu a ausência de fichas para registrar as notificações de violências nos serviços de saúde. A rotatividade⁵⁶ dos profissionais de saúde nos serviços de AB, especialmente de médicos e Agentes Comunitários de Saúde, também colabara para a não notificação dos casos de violência. A ausência de profissionais gera baixa resolutividade e eficácia, pois não há tempo para estabelecer uma vinculação com a população assistida. Como no relato que se segue, em que se aborda a dificuldade de formar equipes nos serviços: “As maiores dificuldades para notificar são: sobrecarga de trabalho; ficha muito detalhada; dificuldades em formar equipes, riscos da equipe, conscientização dos profissionais.” (Enfermeiro 51)

O trabalho⁵⁷ desenvolvido sob uma política de precarização pode contribuir para um processo de descaracterização dos serviços de AB, ao considerar que o modo de gerir esses serviços alinham-se às tipologias da precarização do trabalho e os trabalhadores precisam ajustar seu processo de trabalho para atender demandas que, por vezes, não estão em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e dificultam a compreensão dos

⁵⁶ No estudo de Campos e Malik (2008), diversos fatores podem explicar os motivos pelos quais os profissionais deixam uma organização ou nela permanecem, dentre eles estão o difícil acesso ao local de trabalho, distanciamento dos familiares, jornada de trabalho de 40 horas semanais (dificultando o acúmulo de vínculos laborativos), ausência de vocação para o trabalho em atenção básica, necessidade de especializar-se em área que tem preferência, assim como a desvalorização do profissional por parte da gestão. Uma pesquisa realizada com gestores de grandes municípios indicou que um dos fatores possivelmente conducentes à alta rotatividade de médicos era a contratação de muitos recém-formados que, após curto período de tempo, abandonavam o emprego para cursar residência médica. Na mesma pesquisa os médicos contratados para o programa foram descritos como jovens e desempregados ou velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho, potencialmente levando à alta rotatividade (CAMPOS; MALIK, 2008).

⁵⁷ Druck (2014) afirma que a centralidade do trabalho e suas formas históricas justificam o caráter ‘social’ da precarização. Porém, para além dessa questão de fundo, a precarização do trabalho é ‘social’ porque: a) torna-se uma estratégia de dominação do capital num determinado momento histórico, combinando a crise do fordismo e dos Estados de bem-estar-social à financeirização da economia, às políticas neoliberais e à reestruturação produtiva, que formam um novo regime de acumulação flexível; b) é geral, no sentido de que é um processo mundial, conforme já afirmado, mas também porque rompe determinadas dualidades, a exemplo dos excluídos e incluídos, empregados e desempregados, formais e informais, público e privado, pois há um processo de precarização que se generaliza para todos os diferentes segmentos de trabalhadores, mesmo que de forma hierarquizada, estabelecendo-se uma ‘institucionalização da instabilidade’ (THÉBAUD-MONY, 1997); c) as implicações das transformações do trabalho atingem todas as demais dimensões da vida social: a família, o estudo, o lazer e a restrição do acesso aos bens públicos (especialmente saúde e educação); e d) expressa-se não apenas no âmbito do mercado de trabalho (contratos, inserção ocupacional, níveis salariais), mas em todos os campos, como na organização do trabalho e nas políticas de gestão, nas condições de trabalho e de saúde, nas formas de resistência e no papel do Estado (DRUCK, 2014 *apud* DRUCK 2016, p. 16).

determinantes e condicionantes de saúde pelos trabalhadores, para garantir o cuidado integral, inclusivo e participativo.

Para Antunes (2008), a precarização do trabalho tem caráter estrutural, sendo uma faceta da reestruturação produtiva e organizacional adotadas visando aumentar lucros, a partir do aumento de produtividade da mão-de-obra, ao passo em que se diminui a carga de direitos trabalhistas e o número de postos de trabalho para que haja mais indivíduos à procura de trabalho e dispostos a aceitar, sem contestação, condições precárias de contratação. O conceito de precarização estrutural do trabalho, defendido por Antunes (2008), indica que o emprego precário é produto das transformações promovidas pelo modelo de acumulação flexível, e que decorre da atribuição de status de empregos socialmente reconhecidos a trabalhos marginalizados, desamparados quanto a benefícios de toda sorte. O emprego precarizado, por esse viés, caracteriza-se, sobretudo, pela instabilidade, desproteção legislativa e flexibilização contratual. Tais aspectos ficam perceptíveis nos serviços de saúde da Atenção Básica ao se analisar a dinâmica do processo de não notificação da violência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa nos revela que a não notificação das situações de violência está presente na realidade das Unidades Básicas de Saúde, mesmo sendo a comunicação obrigatória, instituída há mais de três décadas. É visível que o processo de notificação ainda não se configura como uma prática internalizada na rotina dos trabalhadores das Estratégias de saúde da família, embora na análise dos estudos os profissionais de saúde reconheçam o ato de notificar como importante instrumento epidemiológico que favorece o enfrentamento à violência. É importante destacar que a notificação de violência possibilita a interrupção da dinâmica de agressões e desencadeia medidas de proteção para as vítimas e suas famílias, como também subsidia o planejamento e a tomada de decisão da gestão, visando o enfrentamento da problemática. Os estudos da área salientam que a produção de informação sobre o fenômeno é fundamental para a compreensão das dinâmicas da violência⁵⁸, possibilitando, assim, sua prevenção e seu enfrentamento.

⁵⁸ A violência é um fenômeno complexo, sistêmico, produto da sociedade e abrange fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais que interagem entre si. É um elemento de intersecção (Levy, 2005) que conecta valores e expectativas em relação aos papéis de gênero, às desigualdades sociais e ao exercício do poder. A violência tem impacto na saúde da população, acarreta a perda de anos potenciais de vida, além de gerar grandes gastos econômicos para o Estado (BRASIL, 2009b). É uma forma de resolução de conflitos mantida na cultura, que pode ser revertida através de práticas sociais reflexivas e do desenvolvimento de formas pacíficas de solução (ZUMA, 2004). Nas sociedades em que a violência é banalizada, os indivíduos perdem a capacidade de sensibilização para esse fenômeno, insuflados, também, pelo que assistem na

Os textos analisados neste estudo demonstraram que cotidianamente os profissionais de saúde inseridos nos serviços de Atenção Básica se veem requeridos a intervir em situações para as quais não foram preparados durante a sua formação, como a violência. Então, pairam inúmeros questionamentos para esse profissional: como cuidar de pessoas e famílias inteiras vítimas das mais variadas formas de violação de direitos? Como resistir em áreas nas quais os comandos existentes não são oficialmente instituídos, mas são vivenciados? Como enfrentar diariamente a lei do silêncio que acomete os sujeitos que vivem nessas comunidades em vulnerabilidade?

As pesquisas estudadas demonstram também uma realidade que se vê de norte a sul do Brasil: a decisão de notificar não se prende à orientação geral da legislação, mas sim às peculiaridades de cada caso, e é influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços, na sua maioria insuficientes. É a inabilidade para enfrentar as questões de violência que emerge nesses espaços ocupacionais que gera o medo em ter que defrontar esse fenômeno. A semelhança que se expressa nos estudos analisados parece indicar a presença de dificuldades técnicas específicas do processo de notificar; como o desconhecimento da ficha, a dificuldade no preenchimento, a não identificação de uma situação de violência, entre outras. Ocorre, assim, a dificuldade em adotar a notificação como conduta padrão, apesar da obrigatoriedade e do reconhecimento do valor do instrumento.

Diante das elevadas demandas de violência nos territórios adscritos a esses serviços, deve-se trabalhar a demanda da violência como uma questão prioritária. O fenômeno pede atenção integral e diferenciada com investimentos na melhoria dos determinantes sociais que alimentam o ciclo da violência como a pobreza. Trilhar nesta ótica é consolidar práticas já instituídas, como o ato de notificar.

Compreende-se que o fenômeno violência está atrelado a muitas nuances que o influenciam. Segundo Ranieri (2002, 2003), os fenômenos agem socialmente no sentido de estabelecer direções possíveis à articulação da essência, constituindo-a, e mesmo determinando a direção tomada pelo complexo como um todo, “na medida em que constituem formas que têm por trás a possibilidade da reflexão e da decisão, uma vez que são conscientizadoras da ação humana.” (RANIERI, 2002, 2003, p. 11). Pensar, portanto,

mídia, coadjuvante na construção das identidades individuais e na difusão de um imaginário violento (Levy, 2005)

as relações deste fenômeno, aponta ainda outros desafios, pois é possível vislumbrar algumas dificuldades que têm se colocado no processo de entendimento de que a violência se constitui como problema de saúde. Há também questões estruturais que dificultam o ato de notificar ou fazem com que os profissionais minimizem os benefícios gerados pela notificação. Como salienta Zago (2013), os fenômenos são aspectos singulares historicamente desenvolvidos, que manifestam uma das muitas possibilidades de ser da essência. “Assim, compreender o fenômeno é justamente atingir a essência da coisa. Em oposição ao singular a essência é extraída da complexidade do real, é o elemento comum de diversas entificações fenomênicas aquilatadas. (ZAGO, 2013, p. 116)

Como afirma Kosik (1976), vivemos em um mundo marcado pela pseudoconcreticidade, onde o aspecto fenomênico é assumido isoladamente, desconsiderando a essência. Kosik (1976) caracteriza a pseudoconcreticidade da seguinte forma:

Ao mundo da pseudoconcreticidade pertencem: o mundo dos fenômenos externos, que se desenvolvem à superfície dos processos realmente essências; o mundo do tráfico e da manipulação, isto é, da práxis fetichizada dos homens [...]; o mundo das representações comuns, que são projeções dos fenômenos externos nas consciências dos homens, produto da práxis fetichizada, formas ideológicas de seu movimento; o mundo dos objetos fixados, que dão a impressão de serem condições naturais e não imediatamente reconhecíveis como resultado da atividade social dos homens.” (KOSIK, 1976, p. 11)

O apelo é para que o debate em torno da violência na saúde busque desvelar essa essência. Como os elementos que marcam a forma de ser dos objetos devem ser percebidos de forma integrada é imprescindível notar a relação entre os diferentes níveis de totalidade do real para uma compreensão precisa das coisas. É necessário pensar nos atores que se apresentam nesse dinâmica como sujeitos políticos, também responsáveis pelos processos que os atravessam.

Buscando compreender que não se trata de um processo que se produza naturalmente, vindo de fora. Mas, normalmente os serviços de saúde, como tantos outros coletivos, encontram-se tão alienados de si que não se reconhecem como em condições de se autogerir, de eleger suas prioridades de atuação, de elencar suas estratégias de ação e isso produz atravessamentos nos processos de trabalho. O movimento rumo a uma compreensão deve ir além do campo prático e buscar abstrações que atinjam a essência das coisas. O que significa que por meio deste processo seja possível atingir o concreto através da mediação do pensamento científico, ou seja, rompe-se com o cotidiano, com o senso comum, evita-se a simples apreensão das manifestações mais aparentes da realidade e por meio da mediação constrói-se o concreto pelo pensamento. Tudo isso posto,

percebe-se a complexidade que é pensar a temática da violência, e a quantidade de desafios que se colocam nesse cenário. Como a precarização do trabalho que atinge brutalmente tanto a formação quanto a intersectorialidade, e o medo que traz o campo da subjetividade para o entendimento da questão. Discutir minuciosamente essas categorias é colaborar para avançar no debate em torno da problemática. Trata-se mais de um reconhecimento da violência como uma categoria complexa, que carece de outras nuances de discussão para sua compreensão.

REFERÊNCIAS

ABAD, Gómez Hector. **Teoria y Prática de La Salud Pública**. Medellín: Universidad de Antioquia, 1987.

ANTUNES, Ricardo. (2008). **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho** (13^ª ed.). São Paulo: Cortez.

AZEVEDO, Alexander Willian. **Metodologia de identificação de fontes de coleta de informação: uma proposta de modelo para cadeia produtiva de couro, calçados e artefatos**. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, João Pessoa, v. 2, Número Especial, p. 149-158, out. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>> ISSN: 2236-417X. Acesso em: out. 2021.

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira. **Aspectos históricos e conceituais, princípios e importância da Atenção Primária à Saúde no atual cenário nacional**. In: *Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas*. Organização: Elizabeth Costa Dias, Thais Lacerda e Silva. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

ARANTES, Luciano José. SHIMIZU, Helena Eri. MERCHÁN-HAMANN, Edgar. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, V. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016. Disponível em: <scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/?format=pdf&lang=pt> Acesso em setembro de 2021.

BAUMAN, Zygmunt. **Medo Líquido**. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BAIERL, Luzia Fátima. **Medo Social: da violência visível ao invisível da violência**. São Paulo: Cortez, 2004.

BANNWART, Thais Helena e BRINO, Rachel de Faria. **Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras**. *Revista Paulista de Pediatria* [online]. 2011, v. 29, n. 2 [Acessado 20 janeiro 2022], pp. 138-145. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-05822011000200002>>. Epub 16 fev. 2012. ISSN 1984-0462. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822011000200002>.

BARROS MEB. **Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade**. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, UERJ, IMS, Abrasco; 2005. p. 131-50.

BATISTA, L. E. **Masculinidade, raça/cor e saúde**. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 71-80, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/xCPrrMCTKJvHgswHBWkySyD/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: set. 2021.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos, PEREIRA-SANTOS, Marcos e Silva, Lília BITTENCOURT. **Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de**

Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2014, v. 18, n. 48 [Acessado 20 Janeiro 2022], pp. 177-186. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0586>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0586>.

BRANCO, Socorro Castelo. **Produção do Cuidado e Atenção integral: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Princípios e Diretrizes.** Curso de especialização em Saúde da Família. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13429/1/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20B%C3%81SICA%20%28PNAB%29%20PRINC%C3%8DPIOS%20E%20DIRETRIZES.pdf>> Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 6.259 de 1975 de 30 de outubro de 1975.**

Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 13 jul. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 192, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1-6. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União 2003; 25 novembro. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10778-24-novembro-2003-497669-norma-pl.html>>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Portaria MS/GM n. 737, de 16/5/ 2001, publicada no DOU n. 96, seção 1e, de 18/5/2001. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf> Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 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. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 5. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Lei 12.015 de 07 de agosto de 2009**. Altera o Título VI da parte especial do decreto Lei nº 2.848 de 7 de dezembro – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072 de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondo, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252 de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais da saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <file:///C:/Users/geoma/Downloads/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 104 de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 231, 2 dez. 2011. Seção 1, p. 35. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.866 de 02 de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014.** Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2014.** Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. 2014b. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.010 de 26 de julho de 2014.** Altera Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113010.htm>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. 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. Brasília, 2015b. 36 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios.** Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de políticas públicas para mulheres, 2015. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017. Disponível

em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>
Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf> Acesso em: out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria MS/GM n. 737, de 16/5/ 2001, publicada no DOU n. 96, seção 1e, de 18/5/2001. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acident es_2ed.pdf>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 104 de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. 2014. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2014**. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. 2014b. Disponível em:<
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. 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. Brasília, 2015b. 36 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: set. 2021.

BRASIL. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: out. 2021.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família**. Revista de Administração Pública: RAP, Rio de Janeiro, p.347-368, 2008.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. MUTTI, Regina. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo**. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006, Out- Dez, 15 (4): 679- 684. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFctbZDZHgNP/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: out. 2021.

CARMO, Michelly Eustáquia do. GUIZARDI, Francini Lube I. **Desafios da Intersetorialidade nas políticas de saúde e Assistência Social: Uma revisão do Estado da Arte**. Physis – Revista de saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [4]: 1265 – 1286, 2017. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400021>> Acesso em: 10 jan. 2022.

CHAUÍ, Marilena. **Sobre o medo**. IN: Os sentidos da paixão. Organização: Aduauto Novaes. São Paulo: Companhia das letras, 2009.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes. **A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, MG. Tese (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Belo Horizonte - MG, 2015**. Disponível em <<http://hdl.handle.net/1843/BUBD-A8WPYS>> Acesso em: 10 jan. 2022.

COMERLATTO, Dunia.; COLLISELLI, Liane.; KLEBA, Maria Elizabth.; MATIELLO, Alexandre.; RENK, Elisônia Carin. **Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais**. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 10 n. 2 p. 265-271 jul./dez. 2007. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rk/a/SqFHQvMyVNjYf4bB4yYWW8t/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 10 jan. 2022.

CROVATO, Cristina Aparecida dos Santos. **A notificação compulsória da violência e seus desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da família em Uberlândia / MG**. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação -Mestrado profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/18388>>. Acesso em: set. 2021.

DAMASCENA, Dhuliane Macêdo e VALE, Paulo Roberto Lima Falcão do. **Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico**. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2020, v. 18, n. 3 [Acessado 30 janeiro 2022], e00273104.. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00273>>. Epub 26 jun. 2020. ISSN 1981-7746.

DE MELLO, Alex Fiuza; FILHO, Naomar de Almeida; RIBEIRO, Renato Janine. Por uma universidade socialmente relevante. *Atos de pesquisa em Educação*. [s. j] V -4, n 3, p. 292-302, mar. 2010. ISSN 1809-0354. Disponível em: <<https://proxy.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/1718>>. Acesso em: 21 jan. 2022.

DELUMEAU, Jean, 1923. **História do medo no ocidente 1300- 1800: uma cidade sitiada**. Tradução: maria Lucia Machado; tradução de notas Heloísa Jahn – São Paulo: Companhia das letras, 2009.

DESLANDES, Sueli Ferreira. **Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

DESLAURIERS, Pierre-Jeam. KÉRISIT, Michele. **O delineamento de pesquisa qualitativa**. In: **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**/ tradução de Ana Cristina Nasser. 4ª ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. (Coleção Sociologia).

FUJITA, M. S. L. (Org.). **A indexação de livros: a percepção de catalogadores e usuários de bibliotecas universitárias**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em <<https://static.scielo.org/scielobooks/wcvbc/pdf/bocato-9788579830150.pdf>>. Acesso em: out. 2021.

DIAS, M. S. A; PARENTE, J. R. F; VASCONCELOS, M. I. O; DIAS, F. A. C. **Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?** *Ciência & Saúde Coletiva*. Sobral, SE – 19 (11): 4371- 4382, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia. **O trabalho contemporâneo no Brasil: terceirização e precarização**. In: SEMINÁRIO FUNDACENTRO, mimeo, 2009, Salvador.

DRUCK, Graça. (2011). **Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?** *Caderno CRH*, 24 (1), 37-57.

EGRY, E. Y; APOSTOLICO, M. R; MORAIS, T. C. C; LISBOA, C. C. R. **Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem?** *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2017;70(1):113-19. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009>>. Acesso em: set. 2021.

FORSTER AC, FERREIRA JBB, LIMA NK da C, GALATI PM, FARCHE R. **A abordagem da intersetorialidade para o ensino médico em atenção primária**. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 16 de fevereiro de 2017 [citado 10 de janeiro de 2022];50(1):58-65. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/135050>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O Uso das ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp (Campinas, SP)**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, Túlio Batista. **Formação em saúde como um acontecimento: os cenários da Atenção Básica e o dispositivo encontro.** IN: Formação em saúde [recurso eletrônico]: práticas e perspectivas no campo da saúde coletiva / organizadoras Francis Sodré; Maria Angélica Carvalho Duarte; Rita de Cássia Duarte Lima; Ana Claudia Pinheiro Garcia. Dados eletrônicos – Vitória: EDUFES, 2016. 306 p.: il ISBN 978- 85-7772-339-3. Disponível em:
<<http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/6771/8/Forma%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde.pdf>>.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM F. R. **Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde.** Rev. saúde pública, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-65, 2000. Disponível < <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3583.pdf> >. Acesso em: set. 2021.

GALVÃO, Vanessa Almira Brito de Medeiros. **Os profissionais de saúde diante da violência: mapeando o processo de implantação da notificação na rede de saúde em Natal/ RN.** Natal, 2008. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Disponível em:<
<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/17416>>. Acesso em: set. 2021.

GIOVANELLA, Ligia. **Atenção básica ou Atenção primária à saúde.** Cadernos de saúde pública – CSP. Espaço temático: Política Nacional de Atenção Básica. 2018; 34(8):e00029818. Disponível em<
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/03/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>>. Acesso em out. 2021.

GOES, Adriana Lima de; CEZARIO, Kariane Gomes. ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO AO IDOSO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 100-105, jul. 2017. ISSN 2318-3691. Disponível em:
<<https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/638>>. Acesso em: 24 set. 2021. doi: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.2.2017.638>. > Acesso em: set. 2021.

GONÇALVES, Hebe Signorini e FERREIRA, Ana Lúcia. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde.** In: Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública · February 2002 DOI: 10.1590/S0102-311X2002000100032 · Source: DOAJ. Acesso em: 20 jan. 2022.

INOJOSA, Rose Maria. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade.** *Cadernos Fundap*, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em<
https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf>. Acesso em: 10 jan.2022.
JUNQUEIRA, Luciano A. Prates (2000). **Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde.** *Revista De Administração Pública*,34(6), 35 a 45. Recuperado de <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997. Disponível em < <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/1997.v6n2/31-46>> Acesso em: 10 jan. 2022.

KOSIK, Karel - **Dialética do Concreto**, 2ª ed., São Paulo: Paz e Terra, 1976.

KAWAMOTO, Emília Emi. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

KRUG, E. G. et al. (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>>. Acesso em: set. 2021.

LIMA, Jeanne de Souza e DESLANDES, Suely Ferreira. **A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2011, v. 15, n. 38 [Acessado 20 janeiro 2022], pp. 819-832. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000040>>. Epub 30 Set 2011. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000040>.

LUNA, Geisy Lanne Muniz. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família – Fortaleza (CE)**. Fortaleza, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza – UNIFOR – Fundação Edson Queiroz. Centro de Ciências da Saúde -CCS. Mestrado em Saúde Coletiva. MSC. Disponível em:< <https://uol.unifor.br/oul/ObraBdtdSiteTrazer.do?method=trazer&ns=true&obraCodigo=76907> <http://dspace.unifor.br/handle/tede/76907>>. Acesso em: set. 2021.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes**. Epidemiologia Serviço Saúde, Brasília, v. 12, n. 3, p. 121-130, set. 2003. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jan. 2022. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000300002>.

MATTA, Gustavo Corrêa. MOROSSI, Márcia Valéria. **Atenção Primária à saúde**. In: Dicionário da Educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. ã 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>>. Acesso em: set. 2021.

MELO, Guilherme Arantes. FONTANELLA, José Barcellos. DEMARZO, Marcelo Piva. **Atenção Básica e Atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais**. Rev. APS, v 12, nº 2, p. 204- 213, abr./jun. 2009. Disponível em:< <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247/7708>> Acesso em: out. 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C.; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto e contexto enfermagem, Florianópolis, v.17, n. 4, out-nov. 2008. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em: out. 2021.

MENDES, R.; ACKERMAN, M. **Intersetorialidade: reflexões e práticas**. In: FERNANDES, J.; MENDES, R. (Ed.). Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: CEPEDOC, 2007.

MENDONÇA, C.S, Machado, D.F, ALMEIDA, M.A.S., Castanheira, E.R.L. **Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: Uma revisão integrativa da literatura**. Cien Saúde Coletiva [periódico na internet] (2018/Out). [Citado em 20/01/2022]. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/violencia-na-atencao-primaria-em-saude-no-brasil-uma-revisao-integrativa-da-literatura/16977?id=16977>>. Acesso em: set. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza.; SOUZA, Edinilsa Ramos; ASSIS, Simone Gonçalves de. **Bibliografia comentada da brasileira produção científica sobre violência e saúde**. Rio de Janeiro: CLAVES, 1990.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. & SOUZA, Edinilsa Ramos. **Violência para todos**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (1): 65-78, jan./mar, 1993. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/bRXBb3rx6n3f8ZmbTgy3jc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: set. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994. Suplemento 1. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/dgQ85GcNMfTCPByHzZTK6CM/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: set. 2021.

MINAYO, M. C. DESLANDES, S. F. NETO, O. C. GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis – RJ: Vozes 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza.; SOUZA, Edinilsa Ramos. **Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. História, Ciências, Saúde, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 513-531, 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/S9RRyMW6Ms56S9CzkdGKvmK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: set. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. História, Ciências, Saúde, v.3, n.1, p. 513-531, 1998. Disponível <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>>. Acesso em: set. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. **É possível prevenir a violência?** Ciência & Saúde Coletiva, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 7-24, 1999. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/NBbqRGwcvM7R7XcZSVvKQsL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: set. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto na saúde dos brasileiros. 2005a, 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: set. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde.** Revista Brasileira de Educação médica, 29 (1), 2005b. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/7CN4ptLymmRGFjgGW3FrCbs/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: set. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde). ISBN 978-85-7541-380-7. SciELO Books. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>>. Acesso em: set. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** Ciência & Saúde Coletiva, 11(Sup): 1259-1267, 2007. Disponível < <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf> > Acesso em: set. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Conceitos, teorias, e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva.** Impactos da violência na saúde. / organizado por Kathie Njaine, Simone Gonçalves de Assis e Patrícia Constantino. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. 420 p. ISBN: 978-85-61445-89-8. Disponível em:< <http://books.scielo.org/id/7yzrw/epub/njaine>9788575415887.epub>. Acesso em: set. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência: impactos no setor saúde e respostas do sistema.** In GIOVANELLA, L et al(orgs) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. SBN: 978-85-7541-417-0. 3ª reimpressão: 2017. 2ª reimpressão: 2014. 1ª reimpressão (2ª edição): 2013. 2ª edição (revista e ampliada): 2012. 2ª reimpressão: 2011. 1ª reimpressão: 2009 (1ª edição: 2008). il., tab., gráf. Coedição com o Cebes.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa & SOUZA, Edinilsa Ramos (org.) **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. ISBN: 85-7541-028-8.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. LIMA, Claudia Araújo. **Processo de formulação e ética de ação da política nacional de redução de Mortalidade por Acidentes e Violências.** In: Impactos da violência na saúde. / organizado por Kathie Njaine, Simone Gonçalves de Assis e Patrícia Constantino. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. 420 p. ISBN: 978-85-61445-89-8. Disponível em:< <http://books.scielo.org/id/7yzrw/epub/njaine>9788575415887.epub>. Acesso em: set. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de Assis; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Os múltiplos tentáculos da violência que afeta a saúde.** In: Novas e Velhas faces da Violência no século XXI: Visão da literatura brasileira do campo da saúde. Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Simone Gonçalves de Assis – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017. 596 p.:IL.:graf.; tab. ISBN: 978-85-7541-525-2.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. SOUZA, Edinilsa Ramos de. SILVA, Marta Maria Alves da. ASSIS, Simone Gonçalves de. **Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios.** Ciência e Saúde Coletiva. 23 (6): 2007-2016. 2018.

Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/2007-2016/pt> >. Acesso em: set. 2021.

MONNERAT, Giselle Lavinias. SOUZA, de Rosimary Gonçalves de. **Intersetorialidade e Políticas Sociais: um Diálogo com a Literatura Atual**. In: A intersectorialidade na agenda das políticas sociais/ Organizadores: Giselle Lavinias Monnerat; Ney Luiz Teixeira de Almeida; Rosimary Gonçalves de Souza – Prefácio Vanda Maria Costa Ribeiro. Campinas, SP: Papel Social, 2014, p. 41 – 54.

MOREIRA, Gracyelle Alves Remigio. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da estratégia saúde da família**. 2012. Fortaleza. 80f – Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2012 – Orientação: prof.^a Dr^a Luiza Jane Eyre de Souza Vieira. CDU- 364.636-053.2.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias De. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde em Debate, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: set. 2021.

NASCIMENTO, S. **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas**. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000100006> > Acesso em: 10 jan. 2022.

NUNES, Cristina Brandt, SARTI, Cynthia Andersen e OHARA, Conceição Vieira da Silva **Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente**. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2009, v. 22, n. spe [Acessado 20 Janeiro 2022] , pp. 903-908. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700012>>. Epub 10 Mar 2010. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700012>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Salud Mundial**. Genebra: OMS, 1993. World report on violence and health (**Relatório Mundial sobre violência e saúde**) / editado por Etienne G. Krug ... [e outros.] Disponível < World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde) / editado por Etienne G. Krug ... [e outros.] > Acesso em: set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Ginebra: Organización Mundial de la salud. 1978.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antología**. Washington: Organización Pan-Americana de la Salud, 1992. (Publicación Científica, n. 534)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Violencia y Salud**. Resolución n. XIX. Washington: Opas, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva. **Atenção à Saúde no Brasil**. Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6539/1/Paim%20JS.%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20saude.%202004.pdf> > Acesso em: set. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

Disponível

em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JYWNGPwpd8wnc97Zdz8H65N/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: set. 2021.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Como conjugar especificidade e intersetorialidade na concepção e implementação da política de assistência social.**

In: Serviço Social e Sociedade n° 77. Ano XXV, março de 2004.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **A Intersectorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética.** In: A intersectorialidade na agenda das políticas sociais/

Organizadores: Giselle Lavinias Monnerat; Ney Luiz Teixeira de Almeida; Rosimary Gonçalves de Souza – Prefácio Vanda Maria Costa Ribeiro. Campinas, SP: Papel Social, 2014, p.23 -39.

PIZZANI, Luciana. SILVA, Rosemary Cristina da. BELLO, Suzelei Faria. HAYASHI, Maria Cristina Piumbato Innocentini. **A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento.** Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da informação. Campinas, V10, n 1, p 53-66 Jul /Dez., 2012. ISSN 1678-765x. Disponível em

https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896/pdf_28.

Acesso em: out. 2021.

RAMOS, Maria Cristina. BARROS, Maria Elizabeth Barros de. FERRAÇO, Carlos Eduardo. **As Redes Cotidianas do Currículos na Formação dos Trabalhadores da Saúde.** IN: Formação em saúde [recurso eletrônico]: práticas e perspectivas no campo da saúde coletiva / organizadoras Francis Sodré; Maria Angélica Carvalho Duarte; Rita de Cássia Duarte Lima; Ana Claudia Pinheiro Garcia. Dados eletrônicos – Vitória: EDUFES, 2016. 306 p.: il ISBN 978- 85-7772-339-3. Disponível em:

<<http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/6771/8/Forma%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde.pdf>>.

RANIERI, Jesus – **“Sobre o conceito de ideologia”, Estudos de Sociologia,**

Araraquara v 13/14: 7-36, 2002/2003.

RANIERE, Jesus. **Alienação e Estranhamento: A atualidade de Marx na crítica contemporânea do Capital.** Disponível em: http://www.nodo50.org/cubasigloXXI/congreso06/conf3_ranieri.pdf. Acesso em: 06 fev. 2022.

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, São Paulo, v. 40, n. 4, p.595-603, 2006. < <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/07.pdf> >. Acesso em: set. 2021.

ROMAN, Arlete Regina; FRIEDLANDER, Maria Romana. **Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem.** Cogitare Enfermagem, v. 3, n. 2, 1998. Disponível em <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44358/26850>>. Acesso em: 8 nov. 2020.

SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** Rev.

Saúde pública, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007. Disponível < <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf> >. Acesso em: set. 2021.

SERAPHIM, Ana Paula Castilho Garcia; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Ísper. **O distanciamento entre a formação e a prática profissional.** Revista Odontológica de Araçatuba, v.35, n.1, p. 14-17, janeiro /junho, 2014. Disponível em:< <https://apcdaracatuba.com.br/revista/2014/10/trabalho02.pdf>> Acesso em: set. 2021.

SILVA, Maria Carmelita Maia. BRITO, Ana Maria de. ARAUJO, Alessandra de Lima. ABATH, Marcella de Brito. **Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(3):403-412, jul.-set. 2013. Disponível em: < <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a05.pdf>>. Acesso em: set. 2021.

SILVA, M. A. I., & FERRIANI, M. das G. C. (2007). **Violência doméstica: do visível ao invisível.** *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 15(2), 275-281. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000200013>.

SILVA, João Luís da. **Entre as amarras do medo e o dever socio sanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob perspectiva da rede na atenção primária.** 2012. Recife. 168 f. Orientador: Maria Luiza Carvalho de Lima. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2012.

SILVA, João Luís da. **Entre as amarras do medo e o dever socio sanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob perspectiva da rede na atenção primária.** 2012. Recife. 168 f. Orientador: Maria Luiza Carvalho de Lima. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2012.

SILVA, Kenia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. **Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades.** Revista brasileira de Enfermagem, Brasília, vol.63 n.5, set-out, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500011> Acesso em: 10 de jan. 2022.

SILVA, D.A.J.; TAVARES, M.F.L. **Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro.** Saúde debate (online). Rio de Janeiro, 2016, vol.40, n.111, pp.193-205. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042016000400193&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 10 jan. 2022.

SOARES, Cassia Baldini. HOGA, Luiza Akiko Komura. PEDUZZI, Marina. SANGALETI. YONEKURA, Deborah Rachel Audebert Delage Silva. **Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem.** Rev. Esc. Enferm USP 2014; 48(2):335-45. Disponível em< <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3ZZqKB9pVhmMtCnsvVW5Zhc/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: out. 2021.

SOUZA, Marcela Tavares de. SILVA, Michelly Dias da. CARVALHO, Rachel de. **Revisão Integrativa: O que é e como fazer.** Artigo Original • Einstein (São Paulo) 8 (1) • Jan-Mar 2010 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>> Acesso em: out. 2021.

TEIXEIRA, R. **Contribuições de Bourdieu e Boltanski para os estudos sobre a precarização do trabalho.** Revista Estratégia e Desenvolvimento, v. 4, n. 1, 14 ago. 2020.

VELOSO, Milene Maria Xavier. MAGALHÃES, Celina Maria Colino. DELL'AGLIO, Débora. CABRAL, Isabel Rosa. GOMES, Moreira Maisa. **Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(5): 1263-1272, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/cs/c/v18n5/11.pdf>. Acesso em: set. 2021.

VOLPATO, E. S. N. **Estratégia de busca.** Disponível em: <<http://www.biblioteca.btu.unesp.br>>. Acesso em: out. 2021.

ZAGO, Luis Henrique. **O método Dialético e a análise do real.** kriterion, Belo Horizonte, nº 127, jun./2013, p. 109-124. Disponível em: <[file:///C:/Users/geoma/Downloads/download%20\(9\)%20\(3\)%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/geoma/Downloads/download%20(9)%20(3)%20(2).pdf)>. Acesso em: jan. de 2022.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

1. Identificação	
1.1. Título	
1.2. Autor (a)	
1.3. Orientador (a)	
1.3. Instituição de Ensino Superior	
1.4. Programa de pós-graduação	
1.5. Linha de Pesquisa	
1.6. Tipo de estudo	
1.7. Ano da publicação	
2. Características metodológicas do Estudo	
2.1. Estrutura / Apresentação	
2.2. Palavras- chaves	
2.3. Problema / Questão da pesquisa	
2.4. Objetivo da pesquisa	
2.5. Delineamento da Pesquisa	
2.6. Instrumento utilizado na pesquisa	
2.7. Sujeitos envolvidos na pesquisa	
2.8. Análise / tratamento dos dados	
2.9. Resultados	
2.10. Conclusão / Considerações	
3. Considerações sobre o estudo	
3. Comentários / Parecer	
3.1. categorias apontadas no estudo que dificultam a ato de notificar a violência.	
3.2. Questões para refletir	