



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Saúde Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Monique de Lima Freitas

**Relato de Experiência do atendimento multidisciplinar de pessoas em situação de violência em uma clínica da família na CAP 5.2**

Rio de Janeiro

2025

**Relato de Experiência do atendimento multidisciplinar de pessoas em situação de  
violência em uma clínica da família na CAP 5.2**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Especialista de Família e Comunidade.

Orientador(a): Ms. Marcelle da Silva Guimarães André

Rio de Janeiro

2025

*“Eu chego como uma, mas eu trago comigo dez mil.”* Maya Angelou

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me permitir essa conquista e por não conceder a possibilidade de desistir.

À minha família, todo agradecimento é insuficiente diante de tudo o que me fazem e sempre fizeram.

Ao meu marido, Diego, por sua paciência e companheirismo durante essas 5.760 horas dedicadas à minha vida profissional.

À minha preceptora, Camila Caetano, que foi um presente do universo para mim, ao qual jamais serei capaz de retribuir à altura. Grata por te conhecer, grata por ter absorvido 1% da profissional que você é. Grata por te ter como amiga.

À preceptora Sany, por todo incentivo e insistência. Certamente, sem você, eu não me veria em tantos espaços.

À minha orientadora, Marcelle André, por toda dedicação, respeito e paciência, principalmente por respeitar as minhas ideias.

A toda coordenação da Residência em Saúde da Família e Comunidade, por todo suporte e atenção, em especial às minhas tutoras Michelle e Gabriela. Por toda preocupação e troca nesses meses, seria muito mais difícil sem profissionais tão competentes, dedicadas e atentas.

**RESUMO:** FREITAS, Monique de Lima. Relato de Experiência do atendimento multidisciplinar de pessoas em situação de violência em uma clínica da família na CAP 5.2, 2025. Trabalho de conclusão de residência em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Objetivo:** Relatar a experiência da autora na condução do atendimento junto da equipe multidisciplinar a pessoas em situação de violência. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência. O estudo surgiu da vivência de uma enfermeira residente atuando nos atendimentos às pessoas em situação de violência junto com profissionais da E-multi, psicólogo e assistente social. Período de Maio de 2024 a Novembro de 2024. **Análise:** Durante os atendimentos às pessoas em situação de violência três âmbitos chamaram a atenção: a falta de conhecimento dos fluxos para esse tipo de atendimento, a sobrecarga emocional envolvida e a demanda excessiva. Outros fatores importantes incluem poucas capacitações adequadas para o atendimento a pessoas em situação de violência. **Conclusão:** Investir na capacitação e na colaboração entre profissionais de diferentes áreas é um passo importante para melhorar a qualidade do atendimento. O comprometimento da saúde pública com estratégias com foco na violência também devem considerar o profissional da saúde como um possível adoecido no contexto da violência, propondo também a eles, estratégias de prevenção do adoecimento.

**DESCRITORES:** Violência, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Estratégia de saúde.

**ABSTRACT:** Experience Report on Multidisciplinary Care for People in Situations of Violence at a Family Clinic in CAP 5.2, 2025. Completion of Residency in Family and Community Nursing – Residency Program in Family and Community Nursing, Municipal Health Department of Rio de Janeiro. **Objective:** To describe the author's experience in providing care as part of a multidisciplinary team to people in situations of violence. **Method:** This is a descriptive, qualitative study in the form of an experience report. The study is based on the experience of a resident nurse providing care for people in situations of violence alongside E-multi professionals, a psychologist, and a social worker. The period analyzed extends from May 2024 to November 2024. **Analysis:** During the provision of care for people in situations of violence, three key aspects stood out: the lack of knowledge regarding the procedures for this type of care, the emotional burden involved, and the excessive demand. Other relevant factors include the scarcity of adequate training for assisting people in situations of violence. **Conclusion:** Investing in training and fostering collaboration among professionals from different fields is a crucial step towards improving the quality of care. Public health strategies focused on violence must also consider healthcare professionals as potential victims of stress and illness in violent contexts, proposing preventive measures for their well-being.

**DESCRIPTORS:** Violence, Nursing, Primary Health Care, Family health strategy.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1- Tipologia e natureza da violência.....	18
Figura 2- Mapa Mental de Atendimento de Pessoas em Situação de Violência.....	28
Figura 3- Principais Desafios no Atendimento Multidisciplinar.....	33

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico- 1- Notificações de Violência Interpessoal e Auto Provocada por gênero de 2015 a 2024, no município do Rio de Janeiro.....	16
Gráfico 2- Notificação de Violência Interpessoal e Auto Provocada por área de residência nas áreas programáticas no Município do Rio de Janeiro em 2023.....	19
GRÁFICO 3- Notificações de Violência Interpessoal e Auto Provocada por Raça/Cor no Município do Rio de Janeiro em 2023.....	20

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**CAMI**- Centro Integrado Multidisciplinar Integrado

**CRAS** - Centro de Referência de Assistência Social

**CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**MS** - Ministério da Saúde

**NCI** - Notificação Compulsória Imediata

**NCS** - Notificação Compulsória Semanal

**OMS**- Organização Mundial da Saúde

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PNAB** - Programa Nacional de Atenção Básica

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**PTS**- Projeto Terapêutico Singular

**SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
1.1 JUSTIFICATIVA	13
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
2.1 GERAL	14
2.2 ESPECÍFICO	14
<b>3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b>	<b>15</b>
3.1 VIOLÊNCIA	15
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	21
3.3 MODELOS TEÓRICOS	22
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>24</b>
<b>5. ANÁLISE</b>	<b>25</b>
5.1 ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO	25
5.2. RELATO DE EXPERIÊNCIA	28
<b>6. DISCUSSÃO</b>	<b>32</b>
<b>7. CAMI</b>	<b>35</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>37</b>
<b>9. REFERÊNCIAS</b>	<b>39</b>
<b>7. ANEXOS A- Formulário de Avaliação de Risco- FRIDA</b>	<b>46</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A violência é considerada pela Organização Mundial da Saúde o ato de lesionar, causar dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação com uso proposital do poder e/ou força física, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa ou grupo (Krug et al, 2002).

Neste cenário, consideramos a violência uma ação voluntária de um ato moralmente inapropriado acometendo todas as idades, gêneros e etnias; entretanto devemos compreender a natureza desigual da ocorrência das violências devido a interseccionalidade, a população marginalizada é a mais exposta a situações de violência e os atos discriminatórios e opressores não surgem de forma isolada, por isso devemos romper com a visão monolítica e buscar compreender a complexidade do cruzamento dos processos (KYRILLOS, 2020).

Trata-se, portanto, de uma questão de ordem mundial, que atinge uma parcela significativa da população e que influencia negativamente na saúde das pessoas submetidas às diferentes formas de manifestação. No Brasil a violência foi institucionalizada como problema de saúde pública em 2001, dando início a abordagem práticas de quantificação e qualificação dos dados relacionados a violência (BRASIL, 2016).

Desde o ano de 2001, com a criação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, foi instituída a vigilância das violências com a implantação das notificações de violência. A notificação é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades de saúde, tem caráter epidemiológico, não punitivo, devendo ser realizada em casos confirmados ou suspeitos. Através das notificações podemos dar visibilidade a um fenômeno frequentemente esquecido, podendo assim, fornecer dados para implementação de políticas públicas (VILELA, 2008).

Este cenário foi construído visando o aprimoramento e vigilância das ações voltadas para violência, buscando reduzir as vulnerabilidades e os riscos decorrentes dos determinantes sociais mas além disso busca assegurar a garantia de promoção da cultura de paz através de um ambiente seguro, visto que através das notificações poderão ser implementadas medidas de controle e monitoramento do cenário de risco (BRASIL, 2016).

A violência, atualmente, é reconhecida como um grave problema de saúde pública que demanda uma abordagem interdisciplinar abrangendo saúde, educação e segurança, essencial para enfrentar sua complexidade. Essa abordagem visa, sobretudo, conscientizar a população e, com isso, reduzir a incidência de casos de violência. Conforme o estudo de Rodrigues et al.(2016), o enfrentamento dessa questão requer a atuação governamental por meio da criação e execução de leis, diretrizes e portarias especializadas. No entanto, para que tais medidas sejam efetivas, é indispensável o suporte de dados epidemiológicos que identifiquem e quantifiquem as populações em risco, além de detalhar suas especificidades. Esses dados são fundamentais para o planejamento e implementação de estratégias mais direcionadas e eficazes no combate à violência.

A violência, segundo Monteiro et al. (2018), é um fenômeno multifatorial que atravessa diferentes níveis socioculturais e econômicos, muitas vezes relacionado às vivências na infância e seus reflexos na vida adulta. Esse ciclo de relações violentas, além de impactar negativamente a formação humana, tende a perpetuar-se entre gerações, agravando as condições de vida e saúde. Por ser uma questão complexa e abrangente, a violência é considerada um problema prioritário de saúde pública, demandando ações da rede assistencial em todos os níveis de atenção. Assim, torna-se essencial a atuação interdisciplinar, com foco na promoção da saúde e na prevenção da violência.

A Atenção Primária à saúde( APS) é uma das principais formas de entrada no sistema único de saúde. Sendo assim deve ser uma das formas prioritárias da pessoa vítima de violência acessar o serviço, não somente por ser uma importante porta de entrada na rede e coordenar o cuidado, ademais é fundamental reconhecer que a violência nem sempre é o motivo direto que leva o usuário ao serviço. Muitas vezes, ela se manifesta de forma velada, por meio de demandas ocultas, sendo dever do profissional identificar sinais que possam indicar o usuário como autor ou vítima de violência. (BRASIL,2002).

Atualmente o maior número de notificações de violência ocorre em unidades de Urgência e Emergência. Isso demonstra uma fragilidade na percepção e no atendimento realizado pela atenção primária pois apesar da proximidade e do vínculo, que facilitam a continuidade do cuidado, os usuários somente são notificados, na maioria das vezes, quando a violência já está estabelecida, não havendo avaliação de risco e/ou diagnóstico precoce. Um estudo de Veloso et al(2013) as notificações de violência por unidades hospitalares representavam 72% do total de notificações de uma metrópole.

Os profissionais têm liberdade para manejar os atendimentos conforme seus conhecimentos e vivências, sendo primordial compartilhar experiências positivas de fluxos

de atendimento com outros profissionais buscando a maior qualidade do serviço. Um dos principais obstáculos nos atendimentos de pessoas em situação de violência é a falta de qualificação profissional, visto que para além do conhecimento dos protocolos o contato com essas situações exige também um preparo emocional para lidar com um cenário de sofrimento, que nem sempre será resolvido de forma rápida, sendo importante a criação de espaços para treinamento e rodas de interação com a equipe buscando expor os sentimentos e inquietações (BRASIL, 2001).

Diante desta problemática, este estudo tem como questão norteadora como: “Como é feito o atendimento multidisciplinar a fim de contribuir para o cuidado e recuperação das pessoas em situação de violência na APS”?

## **1.1 JUSTIFICATIVA**

O atendimento multidisciplinar a usuários em situação de violência é essencial para oferecer um suporte integral, promovendo a recuperação e o empoderamento dos indivíduos afetados. Além disso, promove a otimização do tempo e busca evitar o risco de revitimização, repetição da lembrança de atos de violência sofridos quando o relato do trauma necessita ser repetido para vários profissionais, uma vez que o atendimento ocorre com mais de um profissional no mesmo momento. Essa abordagem holística garante que todas as dimensões do sofrimento humano sejam consideradas, permitindo que as pessoas em situação de violência encontrem um caminho seguro para a reconstrução de suas vidas (HABIGZANG, 2018).

Nesse sentido, a multidisciplinaridade facilita a identificação de fatores que contribuem para a violência, permitindo a implementação de estratégias de prevenção mais eficazes. Ao integrar diferentes perspectivas a equipe pode criar um ambiente de acolhimento e confiança, fundamental para que as pessoas em situação de violência se sintam seguras para compartilhar suas experiências.

Naturalmente o trabalho tem o intuito de promover a educação em saúde através da sensibilização dos diferentes tipos de violência, seus sinais e consequências, além de informar sobre os direitos e os serviços disponíveis para atendimento. Essa sensibilização é importante, pois a violência muitas vezes se apresenta como um ciclo comum na violência contra a mulher, por exemplo. Nesse contexto, a vítima frequentemente não reconhece as

situações que vivencia como violências e desconhece os fatores de risco associados a essas situações. Isso contribui para a cronicidade do ciclo de violência, e através do trabalho de atendimento multidisciplinar há o rompimento da cadeia de violência através do fortalecimento da autoestima, empoderamento, o estímulo do fortalecimento de vínculos afetivos e familiares, conscientização dos direitos, e rede de proteção social estruturada (BRASIL, 2009).

Essa rede de apoio não apenas atende às necessidades imediatas, mas também trabalha na promoção de mudanças sociais que visam a erradicação da violência, através da conscientização social. Essa conscientização envolve campanhas educativas em áreas vulneráveis do território que buscam sensibilizar a população sobre violência, informar sobre os direitos e incentivar a busca por ajuda. Através dessa abordagem, é possível criar um ambiente de apoio e solidariedade, onde as pessoas em situação de violência se sintam encorajadas a buscar ajuda, e a sociedade se mobilize para combater a cultura da violência, promovendo a cultura da paz.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Relatar a experiência da autora na condução do atendimento junto da equipe multidisciplinar a pessoas em situação de violência com foco no acolhimento, na escuta ativa e humanizada.

### **2.2 ESPECÍFICO**

Buscar identificar os principais obstáculos e dificuldades encontrados na prática, no atendimento às pessoas em situação de violência, para então propor melhorias.

Propor estratégias e recomendações para aprimorar os serviços de atendimento a pessoas em situação de violência com base nas experiências vividas.

Desenvolver um mapa mental como fluxo de atendimento à pessoas em situação de violência.

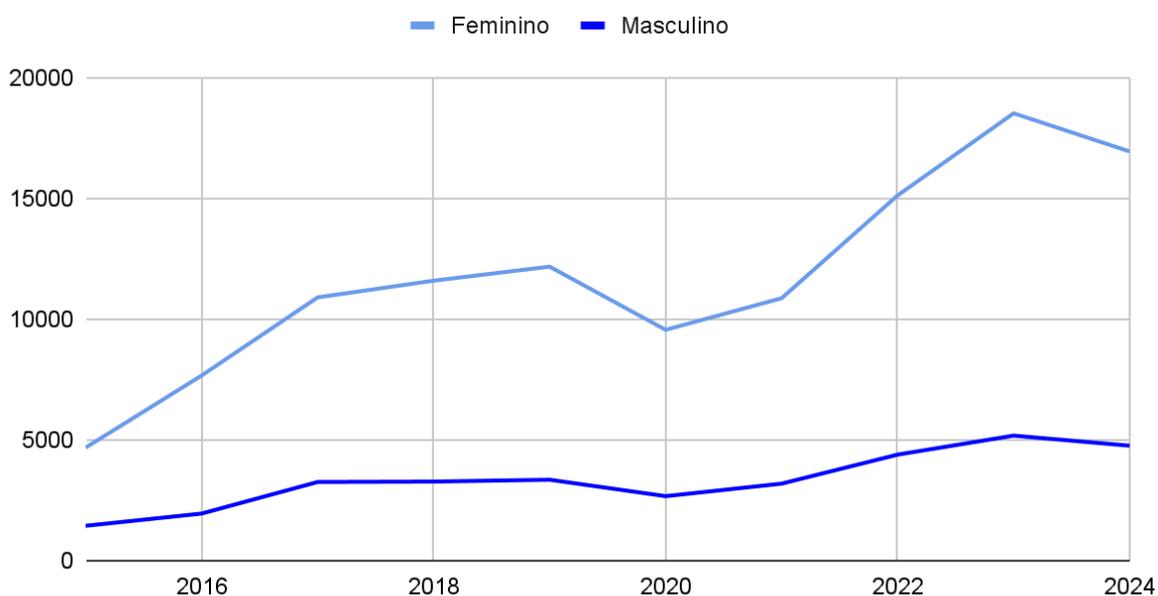
### **3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

#### **3.1 VIOLÊNCIA**

A violência no Brasil tem crescido substancialmente nos últimos anos, segundo Observatório Epidemiológico do Rio (EPIRIO), que é uma plataforma de acompanhamento e monitoramento epidemiológico da cidade do Rio de Janeiro(RJ). O número de notificações de Violência Interpessoal e Autoprovocada no ano de 2015 no município de Rio de Janeiro era de 6.124 notificações, aumentando gradativamente sendo 2016 (9.613), 2017 (14.154), 2018(14.163), 2019(15.520), 2020(12.225), 2021(14.052), 2022(19.509) e 2023(23.634); mesmo com a influência da pandemia no número de subnotificações, e diante do isolamento que contribuiu para que pessoas em situações de risco não fossem avaliadas cooperando para a evolução dos casos de risco eminente para de violência; o número ainda sim foi crescente tendo triplicado em 8 anos. Refletindo um aumento alarmante em diversas formas de agressão, desde a violência urbana até a doméstica. Fatores como desigualdade social, desemprego, e a cultura da violência perpetuada por anos contribuem para esse cenário preocupante. Estes dados indicam que, apesar das estatísticas demonstradas através das notificações, elas representam um recorte dos casos de violência que também têm subido, exigindo uma resposta urgente das autoridades e da sociedade. É fundamental que políticas públicas eficazes sejam implementadas, promovendo a educação, a inclusão social e o fortalecimento das redes de apoio às pessoas em situação de violência, a fim de inverter essa tendência e construir um ambiente mais seguro para todos (OLIVEIRA et al, 2024).

Gráfico 1- Notificações de Violência Interpessoal e Auto Provocada por gênero de 2015 a 2024, no município do Rio de Janeiro

### Notificações de Violência Interpessoal e Autoprovocada



Fonte: EPIRIO (2024)

O aumento no número de notificações não deve ser interpretado de maneira totalmente negativa. Nos últimos anos, houve um significativo investimento na área da saúde voltado para o enfrentamento da violência contra a mulher, que tem crescido de forma alarmante tornando obrigatório a partir de 2011 a notificação de violência doméstica através da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011). Esse investimento tem contribuído para a elevação das notificações em clínicas e hospitais, que anteriormente eram subnotificados, refletindo um cenário de maior visibilidade e reconhecimento do problema.

Além disso, há uma naturalização da violência, uma vez que diversas formas de violência se integram ao cotidiano. Isso resulta em uma diminuição da sensibilidade tanto do usuário, que passa a não reconhecer as violências que vivencia, quanto do profissional de saúde, que também convive com a violência urbana e, conseqüentemente, acaba por dessensibilizar seu olhar em virtude da frequência com que essas situações ocorrem, fator que também contribui para subnotificação (DELZIOVO et al, 2022). Esse fenômeno pode

ser um fator primordial para o ciclo de exclusão e violência social, considerando que a violência é construída e moldada por contextos sociais, históricos e culturais.

Diante do aumento do número de notificações, foi necessário encontrar um novo suporte para otimização da supervisão, a criação do Monitor Carioca de monitoramento dos casos de violência no município do Rio de Janeiro. Segundo Manual do Monitor Carioca de Violências da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro(2023), o monitor carioca que é uma ferramenta de monitoramento de violências interpessoais e autoprovocadas no município do Rio de Janeiro foi criado em 2023 a fim de monitorar os casos de violência do município e unificar as fontes de informação intersetorial. Essa ferramenta é acessada em cada unidade e deve ser atualizada conforme o acompanhamento do usuário.

Devemos fortalecer o apoio às vítimas, oferecendo um atendimento de qualidade que considere suas necessidades individuais. É fundamental considerar que a assistência deve ser adaptada a cada caso, levando em consideração o tipo de violência sofrida e as informações específicas de cada paciente. Por isso, é importante estabelecermos os conceitos dos tipos de violência existentes.

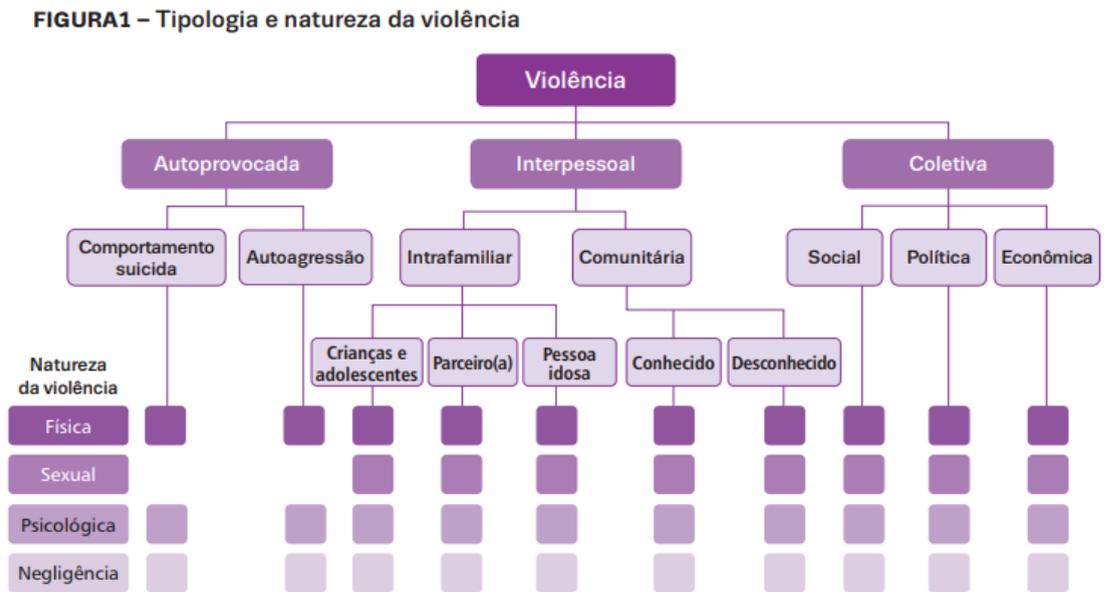
De maneira geral a OMS (Krug et al, 2002) propõe uma divisão em categorias: violência coletiva, violência autoprovocada e interpessoal. A violência coletiva são atos realizados por grupos organizados. A violência autoinfligida se subdivide em comportamentos suicidas e auto abusos, o primeiro podendo ser tentativa, ideação ou suicídio; já os auto abusos, são auto agressões e/ou mutilações. A violência interpessoal, que é dividida em comunitária e familiar (MS, 2016; OMS, 2004).

A violência interpessoal refere-se a qualquer tipo de agressão ou comportamento abusivo que ocorre entre indivíduos em um contexto de interação direta. Esse tipo de violência pode se manifestar de diversas formas, e é dividida em comunitária e familiar, sendo a primeira realizada em ambiente social, não necessariamente por conhecidos; e a familiar cometido por familiares ou agregados, dentro ou fora da residência. Ainda inclui subdivisões dentro das categorias: podendo ser violência à criança ou adolescente, violência por parceiro íntimo e violência a pessoa idosa(Coelho et al, 2014).

A violência autoprovocada está relacionada a comportamentos intencionais que causam dano ao próprio corpo, frequentemente usado como forma de lidar com uma dor emocional e estresse. Nessa categoria há duas subcategorias, o comportamento suicida no qual a pessoa executa ações e/ou pensamentos relacionados ao desejo de acabar com a própria vida. Isso pode incluir ideação suicida, que são pensamentos sobre o suicídio, mas também o suicídio em si. A outra subcategoria é a auto agressão é o ato de lesionar o

próprio corpo como forma de expressar sentimentos intensos e dor emocional. Esses comportamentos expõem um sofrimento psíquico importante que requer intervenção precoce, empatia e acolhimento (Coelho et al., 2014 ).

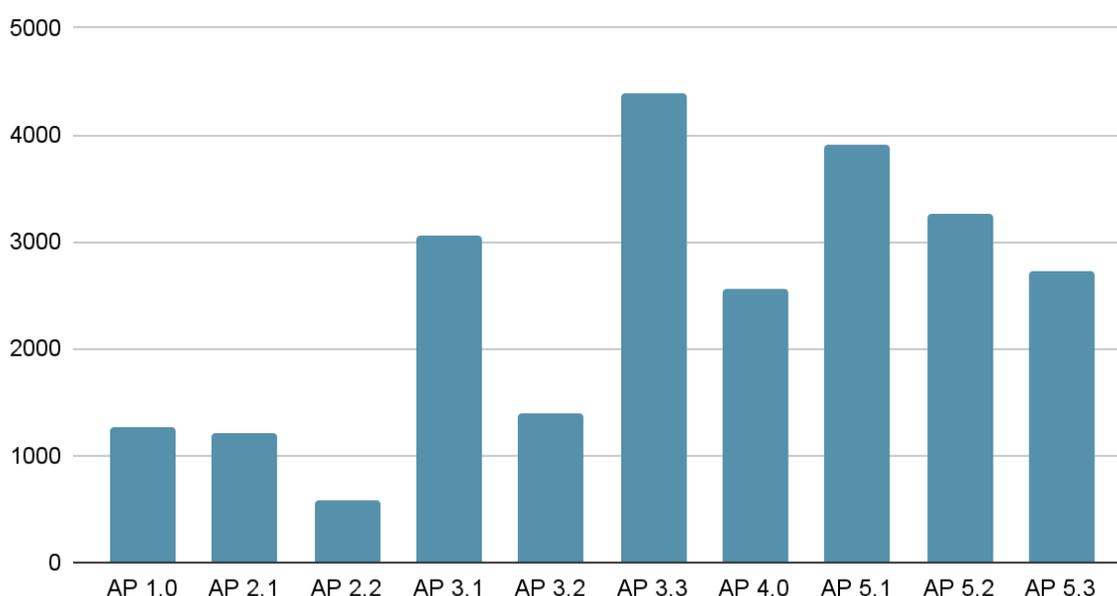
FIGURA 1-Tipologia e natureza da violência



Fonte: Preventing violence: A guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health (2004)

GRÁFICO 2- Notificação de Violência Interpessoal e Auto Provocada por área de residência nas áreas programáticas no Município do Rio de Janeiro em 2023

### Notificação por área de residência



Fonte: Epirio (2024)

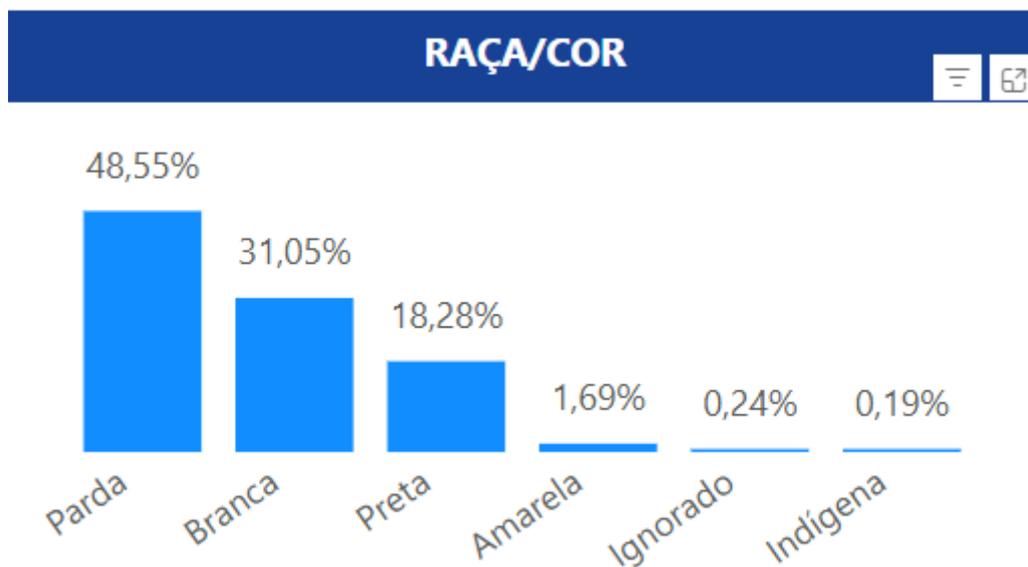
Segundo o EPIRIO, a área programática da 5.2 apresentou no ano de 2023 o 3º maior número de notificações do município, ficando atrás apenas de áreas com maior número de comunidades e maior vulnerabilidade. A AP 5.2 tem uma extensão territorial importante, com 592,33 km<sup>2</sup>, correspondente a quase metade do território da Cidade (48,4%).

Diante do exposto é necessário estudar estratégias visando a promoção da cultura da paz e a prevenção das violências, mas para isso é necessário fazer um diagnóstico situacional com o intuito de um enfrentamento estratégico. O diagnóstico situacional é uma ferramenta utilizada para analisar e compreender uma determinada realidade, envolve a coleta e análise de dados sobre a situação atual, identificando problemas e necessidades. Ao entender que existem diferentes formas de violência, e que elas se articulam e se potencializam, a saúde pública pode desenvolver intervenções mais direcionadas a partir do

diagnóstico, levando em conta a gravidade e as especificidades de cada situação(NJAINE et al 2020).

As diretrizes para a atuação da saúde no enfrentamento da violência incluem a promoção de ambientes seguros, a monitorização de casos e a sistematização do atendimento. Além disso, é crucial a articulação entre saúde, justiça e segurança, para que a assistência às pessoas em situação de violência seja integrada e eficaz. A capacitação dos profissionais de saúde é fundamental para que possam lidar com as complexidades da violência, e o apoio a pesquisas interdisciplinares pode enriquecer as estratégias de intervenção, promovendo uma abordagem mais abrangente e fundamentada no enfrentamento desse grave problema social(MS, 2015).

GRÁFICO 3- Notificações de Violência Interpessoal e Auto Provocada por Raça/Cor no Município do Rio de Janeiro em 2023



Fonte: Epirio (2024)

Neste gráfico podemos observar que o número de notificações segundo informações de raça/cor dos usuários em situação de violência é majoritariamente pardo, com 48,55%, seguido por população branca 31,05%. Pretos representaram 18,28% dos notificados, amarela 1,69%, ignorados 0,24% e com a menor porcentagem os indígenas com 0,19%. Ainda podemos notar que o número de notificações com raça/cor ignorados representa uma

porcentagem maior que o de notificações de indígenas, é um fator preocupante já que demonstra a falta de qualificação profissional no momento de preenchimento dos dados.

A predominância de notificações envolvendo pessoas pardas reflete a vulnerabilidade social que atinge essa população, muitas vezes associada a fatores socioeconômicos, como baixa renda, dificuldade de acesso a serviços públicos e maior exposição a situações de risco. Essa disparidade evidencia a necessidade de políticas públicas mais efetivas e inclusivas, que considerem as especificidades de cada grupo racial, especialmente em contextos de violência, para promover maior equidade e proteção social (GERALDO et al, 2022).

Os dados preenchidos são de extrema importância pois representam o padrão de autoatribuição estabelecido pelo IBGE, no qual o próprio usuário identifica sua raça/cor. Essa coleta é obrigatória desde 2017 com foi instaurada a Portaria nº 344, de 2017, do Ministério da Saúde (MS). Portanto o não preenchimento dificulta a obtenção de dados epidemiológicos fidedignos para criação de políticas públicas voltadas à diminuição das desigualdades.

Além disso, a expressiva subnotificação ou ignorância quanto à raça/cor dos usuários destaca a importância da capacitação contínua dos profissionais responsáveis pelo preenchimento dos dados. A correta identificação racial é fundamental para a elaboração de estratégias e ações afirmativas que visam combater a violência e reduzir as desigualdades raciais. Portanto, investir na qualificação técnica e na conscientização sobre a relevância dessas informações contribui para a construção de políticas públicas mais justas e eficientes (GERALDO et al,2022).

### **3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para o sistema de saúde, funcionando como a porta de entrada para o atendimento e promovendo o acesso contínuo e integral à saúde. Com foco na prevenção de doenças e na promoção da saúde, a APS busca atender as necessidades da população por meio de um cuidado próximo e personalizado. Isso se traduz em ações como orientações sobre hábitos saudáveis, imunizações e monitoramento de condições crônicas, que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas e reduzir a demanda por serviços de saúde mais complexos (BRASIL, 2020).

Dentro da Atenção Primária, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se destaca como uma abordagem eficaz, organizando o atendimento em equipes multiprofissionais que atuam de forma territorializada. A ESF visa fortalecer os vínculos entre profissionais de saúde e comunidades, permitindo uma compreensão mais profunda das particularidades locais e das necessidades específicas de cada grupo. A equipe de saúde da família não apenas oferece cuidados à saúde, mas também atua em aspectos sociais e comportamentais, promovendo um atendimento holístico e multidimensional (BRASIL, 2020).

Além disso, o modelo da ESF por ter proximidade com o território adstrito e muitas vezes ser parte da comunidade, no caso dos agentes comunitários de saúde ao qual é vedada a atuação fora da área de domicílio segundo inciso I do artigo 6º da Lei Federal 11.350 de 05 de outubro de 2006, desempenham um papel importante na identificação das violências visto que as equipes são estreitamente ligadas aos usuários e ao próprio território; além do fato de ser uma importante porta de entrada no SUS. Por isso, é imprescindível que o profissional de saúde seja treinado a reconhecer os sinais de violência em qualquer contato com o usuário e oferecer o suporte necessário (MS, 2023).

É importante destacar que os determinantes sociais estão intimamente relacionados à violência, já que condição socioeconômica, falta de acesso à educação e cultura, o acesso limitado à serviços de saúde e raça, influenciam na maneira como as pessoas vivem. Diante disso, a estratégia adotada pela ESF priorizou a atuação em áreas mais vulneráveis, promovendo inicialmente a equidade, um dos princípios doutrinários do SUS. Essa estratégia foi essencial para garantir uma atenção primária que não se limite apenas ao tratamento de doenças, mas que compreenda os fatores ligados ao adoecimento e intervenha neles através de profissionais capacitados em uma rede descentralizada (MS, 2023).

### **3.3 MODELOS TEÓRICOS**

A violência desencadeia comportamentos e problemas variados causando comprometimento às vezes físico mas frequentemente mental, diante dessa realidade a equipe responsável pelo atendimento nestes casos deve ter o máximo de aporte teórico para embasar sua prática, a fim de compreender a dimensão dos processos envolvidos e instrumentalizar o atendimento, mas buscando manter ele individualizado e sensível a cada caso (ANTONI; KOLLER, 2001).

No contexto do atendimento a pessoas em situação de violência, existem modelos teóricos que auxiliam a estruturar a complexidade de cada caso e a desenvolver intervenções eficazes. Há muitos modelos teóricos; entretanto, alguns são amplamente utilizados para compreender, tratar os efeitos da violência e promover a recuperação. Um exemplo é o modelo biopsicossocial de George Engel, que fornece uma base para considerar como fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem na experiência da violência e na recuperação das pessoas em situação de violência. Já o modelo ecossistêmico de Urie Bronfenbrenner pode ajudar a compreender a influência de diferentes sistemas e contextos no bem-estar dessas pessoas.

O modelo psicossocial permite uma compreensão holística dos impactos da violência abrangendo as dimensões físicas (fisiológicas, corporais), psicológicas (traumas, estresse, medo), e sociais (como apoio familiar e condições socioeconômicas). A abordagem ajuda a personalizar o tratamento e a intervenção, considerando a complexidade das necessidades da vítima (CASTANEDA, 2019). O modelo ecossistêmico enfatiza a interação entre o indivíduo e os vários sistemas e contextos em que ele está inserido, como a família, a escola e a comunidade, ajuda a identificar como diferentes níveis de influência (microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema) afetam a vítima e como as intervenções podem ser ajustadas para abordar esses diferentes níveis (ANTONI; KOLLER, 2001).

Durante os atendimentos às pessoas em situação de violência na APS utilizamos de ambas as teorias para embasar nosso cuidado mediante as necessidades complexas dos usuários, a combinação de conhecimento teórico e experiência prática possibilita à equipe fornecer um atendimento integrado e baseado em evidências. De forma prática, o modelo psicossocial promove a abordagem colaborativa interprofissional, por considerar que o processo de saúde-doença é multifatorial e por isso exige profissionais com diferentes especialidades para tratar as múltiplas dimensões das condições dos usuários.

No contexto da enfermagem, o modelo de cuidados de Jean Watson, conhecido como Teoria do Cuidado Humano, é fundamental para a prática com pessoas em situação de violência. Este modelo enfatiza a importância da relação terapêutica entre enfermeiro e usuário, destacando a empatia, a compaixão e a promoção do bem estar integral do indivíduo. Ao compreender a experiência da vítima de violência como fenômeno complexo, que envolve não apenas aspectos físicos, mas também emocionais e espirituais (SOUZA, D. G. DE et al., 2021).

A Teoria do Cuidado Humano proporciona um referencial para intervenções que buscam a recuperação física, bem como o cultivo da sensibilidade e o estímulo da

espiritualidade a fim de aceitar o indivíduo para além do que ele apresenta no agora, mas principalmente como ele vai se apresentar, visto que somos seres em constante mudança. A teoria prevê um progresso em ambos, tanto no profissional quanto no usuário posto que é desenvolvida através da mútua remodelação. Essa abordagem holística permite que a equipe crie um ambiente acolhedor, onde as pessoas em situação de violência se sintam seguras e compreendidas, facilitando assim o cuidado, para além da cura (AFONSO et al, 2024 ).

Outro modelo relevante na enfermagem é o modelo de adaptação da Callista Roy, que considera a capacidade do indivíduo de se adaptar às mudanças e desafios impostos por circunstâncias adversas, como violência. A Teoria da Adaptação de Roy propõe que as respostas humanas são influenciadas por fatores fisiológicos e sociais, e que a intervenção de enfermagem deve se concentrar em promover a adaptação saudável do indivíduo, assim como a violência influi negativamente na vida do usuário, a enfermagem pode aumentar a capacidade adaptativa. No atendimento à vítima de violência, essa abordagem permite que os profissionais avaliem como as experiências de trauma afetam a adaptação da vítima em diferentes níveis e oferecem estratégias específicas para facilitar essa adaptação(SOUZA, D. G. DE et al.,2021; MEDEIROS ,2016).

Desta forma, a combinação dos modelos de Engel e Bronfenbrenner, e Watson com Roy, pode oferecer uma base sólida para a prática da assistência voltada à recuperação do indivíduo diante dos danos causados pela violência, permitindo um atendimento integrado e centrado nas necessidades únicas de cada paciente.

#### **4. METODOLOGIA**

A abordagem metodológica deste estudo foi descritiva, qualitativa, do tipo relato de experiência. O relato de experiência é um recurso metodológico utilizado para trazer a experiência individual ou de um grupo sobre determinada prática. Neste método a produção do conhecimento é fundamentada na descrição de intervenção a partir da vivência de um profissional e/ou acadêmico correlacionando com produção científica para embasar a vivência com reflexão crítica (Casarin & Porto, 2021).

Segundo Mussi, Flores e Almeida(2021), o relato tem como finalidade contribuir para o progresso do conhecimento, por isso é importante a escrita de trabalhos que demonstrem a

construção da sistematização buscando difundir um aprendizado, além disso é necessária a reflexão crítica quanto à experiência vivida.

Este método foi escolhido por nos permitir focar nas tecnologias de cuidado disponíveis na Clínica da Família, com intenção de promover a construção de fluxos de trabalho resolutivos, não sendo relevantes, neste tipo de método as informações clínicas e pessoais do usuário.

O estudo não apresenta informações pessoais de nenhum usuário e/ou da clínica, portanto sendo dispensável a submissão e aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa. Diante disso os aspectos éticos foram assegurados, o sigilo e a confidencialidade dos casos conforme as resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n. 466, 2012; Resolução n. 510, 2016).

O estudo surgiu da vivência de uma enfermeira residente atuando nos atendimentos às pessoas em situação de violência junto com profissionais da E-multi, psicólogo e assistente social. Os atendimentos foram quinzenalmente, entre o período de Maio de 2024 a Novembro de 2024. A Equipe E-multi são equipes formadas por profissionais de diferentes áreas que atuam de forma complementar às equipes de estratégia de saúde da família (BRASIL, 2009).

A clínica onde ocorreu a vivência deste relato conta com a participação de equipes de saúde da família e do programa de residência de enfermagem em saúde da família (PREFC) e núcleo de apoio à saúde da família (E-multi).

O perfil dos usuários atendidos durante a vivência foram de pessoas em situação de violência, de todos os tipos de violência e de todas as faixas etárias. Durante os atendimentos, principalmente com crianças, foram utilizados como recursos metodológicos jogos como UNO, jogo da memória e desenho, como forma lúdica para interagir com crianças menores buscando a criação de vínculos.

Os atendimentos foram realizados com base nos manuais e protocolos de atendimento a pessoas em situação de violência como Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal(2008) e , um do formulário utilizado na nossa prática é Formulário de Avaliação de Risco-FRIDA (ANEXO A) (BRASIL, 2019), utilizado em casos em que se identifica possível risco de violência doméstica ou familiar e/ou feminicídio; outro formulário utilizado é o SINAN de Violência Interpessoal/ Autoprovocada.

## 5. ANÁLISE

### 5.1 ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO

Os usuários vítimas de violência devem ser atendidos no Sistema Único de Saúde o mais breve possível, podendo ser acolhidos em diferentes partes da rede, como na emergência, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na sala lilás, na clínica da família, entre outros. Neste acolhimento é primordial que haja a notificação imediata da violência.

Segundo o Manual Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada (2016), a notificação compulsória deve ser feita no primeiro atendimento da vítima, sendo imprescindível a atenção quanto ao tempo máximo em que deve ser feita a notificação, a depender da violência. Nos casos de violência sexual e tentativa de suicídio, a notificação compulsória imediata (NCI), podendo ser notificado em até 24 horas à Secretaria Municipal de Saúde; no caso das demais violências são notificações compulsórias semanais (NCS) podendo ocorrer em até 7 dias.

Os usuários, ao serem atendidos e notificados com a ficha de Violência Interpessoal e Autoprovocada em qualquer serviço da rede, têm suas informações reunidas pela Coordenadoria de Atenção Básica 5.2 em uma planilha. Essas informações são compartilhadas com as Clínicas da Família, permitindo que os profissionais tenham ciência dos casos e possam realizar a busca ativa dos usuários para acompanhamento. A equipe também realiza busca ativa para coletar mais informações e agendar consultas de acompanhamento na unidade.

Diante dos atendimentos na clínica da família reconheci a necessidade de estabelecer um mapa mental de atendimento a pessoas em situação de violência ao perceber que os fluxos deste tipo de atendimento não estavam bem estabelecidos causando um atraso nos atendimentos e podendo gerar impactos na saúde do usuário. Nesse contexto observei as possíveis formas de entrada do usuário no serviço buscando esclarecer a entrada do usuário e seu percurso de atendimento, propondo de uma forma mais visual aos profissionais de saúde da clínica.

No atendimento multidisciplinar de pessoas em situação de violência realizados na Clínica da Família o acolhimento pode ocorrer através de demanda espontânea, quando o paciente procura o serviço de forma independente ou por encaminhamento de um profissional, após atendimento em outros dispositivos da rede. O atendimento também pode

ocorrer através de consulta agendada após a identificação de um SINAN através da planilha da CAP 5.2.

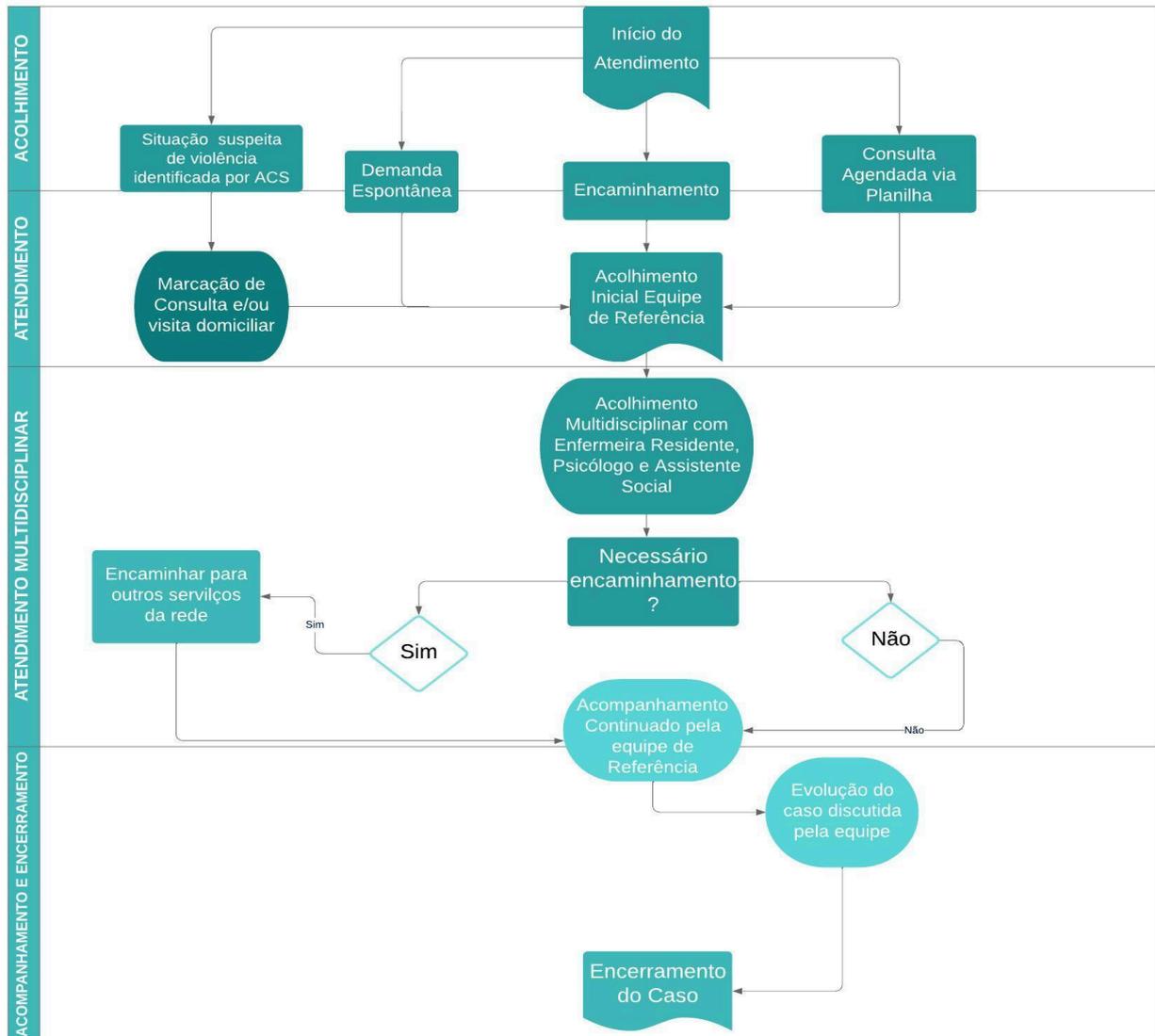
Outra forma de identificar os casos é por meio da comunicação de agentes de saúde que notam situações suspeitas no território. Nesses casos, são marcadas consultas ou visitas domiciliares para garantir o acompanhamento necessário. Essa abordagem integrada busca oferecer um suporte abrangente e contínuo às pessoas em situação de violência.

Prioriza-se que o primeiro atendimento seja realizado pela equipe de referência, a fim de criar um vínculo, e principalmente posto que essa equipe é a responsável pelo caso. O atendimento interdisciplinar é um seguimento do acompanhamento, devendo, em todo o processo, o usuário permanecer sob os cuidados da sua equipe de referência, independentemente de estar sendo acompanhado em outros segmentos da rede.

Além disso, o atendimento da equipe de referência contribui pois a evolução da consulta assim como a discussão de caso nos permite conhecer um pouco do ocorrido sem que precisemos nos ater a perguntas que já foram feitas por outros profissionais de saúde e que podem reativizar o usuário. É necessário reiterar que um dos objetivos com atendimento multiprofissional é oportunizar um atendimento com mais de um profissional para seguimento e acompanhamento de em situação de violência, buscando orientar e encaminhar o paciente, caso necessário, para outros dispositivos da rede.

Os atendimentos são quinzenais, iniciaram no mês de Maio de 2024 e foram realizados com uma enfermeira residente, um psicólogo e uma assistente social da equipe E-multi.

FIGURA 2- Mapa Mental de Atendimento de Pessoas Vítimas de Violência



Fonte: elaborado pela autora, 2025.

## 5.2. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Minha experiência com a temática começou durante minha graduação, quando ao realizar estágios, me deparei com a violência sendo o motivo recorrente dos atendimentos. Já durante minha residência em Saúde da Família e Comunidade, me deparei novamente com diversos casos de violência, que, embora nem sempre envolvessem crianças e adolescentes, compartilham fatores comuns. Entre esses fatores, destaca-se a vulnerabilização — majoritariamente mulheres, crianças ou adolescentes — e o fato de grande parte delas pertencerem a classes socioeconômicas desfavorecidas. Essas características, muitas vezes, geraram interseccionalidades que provavelmente contribuíram para a ocorrência dessas violências.

Como uma forma de exemplificar a complexidade dos casos vivenciados durante este estudo irei compartilhar alguns casos, mantendo o anonimato dos usuários.

CASO 01: Mãe-solo, com religião e baixa condição socioeconômica, potencializando o risco de vulnerabilidade para violência. Neste caso, durante a consulta, a mulher relatou que havia se mudado recentemente para o território, acompanhada de seu filho menor, e que sua relação com o território estava intimamente ligada à sua prática religiosa. Durante a escuta, a mulher informou ter vivido em uma comunidade religiosa específica, onde, para realizar um rito religioso importante, ela aceitou morar em um local de culto. Contudo, a situação foi se tornando mais grave quando o líder religioso da comunidade, que também era responsável pelo cuidado de seu filho, começou a agredi-lo e distanciá-lo dela.

Esta consulta era marcada, uma consulta de rotina de pediatria e no desenvolvimento da conversa com a usuária foi possível identificar a violência. Portanto devemos estar sempre atentos aos relatos dos usuários, independente do tipo de consulta, pois através de uma escuta ativa e sensível podemos favorecer a identificação de casos de violência invisibilizados que, muitas das vezes, o usuário normaliza e não busca ajuda. Neste cenário, durante o atendimento à Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson se adequou a realidade da usuária, que já compreende a espiritualidade como parte da sua busca por saúde e bem estar. Ao apoiarmos nosso cuidado nesta teoria reforçamos a ideia com o usuário de que, o

cuidado transcende o corpo físico e/ou o cenário violento vivenciado, que o processo de reconstrução só será vivenciado a partir de uma relação sincera e empática.

O *clinical caritas*, nomeado o processo de reconstrução de Jean Watson, compreende o cuidado como um ato sagrado, promovendo a conexão empática, compassiva e respeitosa entre o profissional e o usuário. Essa abordagem valoriza a totalidade do ser, reconhecendo sua dignidade, subjetividade e contexto de vida.

Durante a consulta, foi fundamental o profissional acolher sua narrativa de forma sensível, reconhecendo a prática religiosa como parte central de sua identidade e respeitando suas crenças. Ao escutar o relato de violência envolvendo o líder religioso e seu filho, o profissional deve agir de forma ética e empática, priorizando a proteção da criança e da mãe, ao mesmo tempo em que estabelece um espaço seguro e livre de julgamentos.

Assim, o *Clinical Caritas* direciona o cuidado para a reconstrução da confiança, autonomia e fortalecimento dessa mulher, considerando sua história de vida e os fatores que potencializam sua vulnerabilidade.

CASO 02: Ao longo de outro atendimento em uma demanda livre uma mulher procurou a unidade com a queixa de uma violência sexual sofrida por sua neta. Durante a consulta, a mesma relatou ter guarda da neta, mas que a mãe da criança compartilhava extra-oficialmente, e que a neta relatou as práticas sexuais realizadas pela mãe e o padrasto com ela. Avó procurou o serviço buscando ajuda psicológica para ela mesma e para a neta. A mãe da criança e o padrasto estão presos. A avó da criança relatou o sentimento dúbio entre cortar laços com a filha ou ir visitá-la na prisão.

No decorrer de alguns atendimentos, como este, me deparei com sentimentos como aflição e inquietação com o enredo das histórias dos usuários, principalmente ao projetar na história o desejo de que o usuário saia do cenário violento. Fato que nem sempre ocorre, já que é diante do trabalho promovendo a educação em saúde, o desenvolvimento do usuário, a autoestima e a independência; que as violências são enfrentadas.

Neste atendimento mais uma vez podemos observar que a violência por muitas vezes não se estende apenas a pessoa violada, ela compromete a estrutura familiar promovendo um efeito de sofrimento cíclico. Portanto não podemos direcionar o acompanhamento apenas a pessoa em situação de violência, devemos acolher essa unidade familiar a fim de

compreender os danos causados pela violência buscando diminuir as consequências deste trauma em cada membro.

Foi possível compreender que a violência pode comprometer o emocional do cuidador, neste caso, a avó mas também do profissional de saúde responsável pelo atendimento, devemos ter em vista que é primordial cuidar do psicológico dos profissionais através de rodas de conversa e espaços para expor sentimentos represados durante os atendimentos, mas estes momentos não são encontrados no planejamento das ações na APS. Lidar com o sofrimento do outro requer sensibilidade podendo gerar inquietação, além de impotência, pela vontade do profissional em obter soluções imediatas.

Nos atendimentos há um grande número de violências autoprovocadas e sexuais, sendo a segunda principalmente em crianças e adolescentes. Neste cenário se faz necessário um olhar para as doenças de sofrimento psíquico e para as crianças/adolescentes que já são um grupo naturalmente vulnerável. Não é incomum encontrar crianças/adolescentes que já foram violentadas/abusadas repetido o mesmo comportamento com outras, por isso consideramos a violência um efeito ciclo, no qual o meio pode ser determinante.

Nota-se áreas de vulnerabilidade no território onde há a naturalização de comportamentos abusadores e violentos, onde esse efeito cíclico é mais frequentemente observado, sendo necessária a promoção de ações contra violência, e a fim de compreender os usuários envolvidos ativamente na influência da violência.

CASO 03: Ao longo de um atendimento da equipe multiprofissional para casos de violência, atendemos um pai com sua filha, que informou ter descoberto uma violência sexual crônica que sua filha e os primos viviam vítimas de seu avó, após relato de sua filha. No decorrer da consulta o homem relatou que a família cortou vínculos com ele, e ficou bastante emocionado durante a consulta, chorando bastante.

Neste atendimento, foi necessário prolongar o tempo de consulta para que o pai, cuidador principal da criança, também fosse acolhido e pudéssemos promover um ambiente seguro e acolhedor, permitindo que ele se sentisse confortável para compartilhar suas preocupações e experiências, e garantindo que todas as suas necessidades emocionais e psicológicas fossem atendidas.

É necessário ter uma agenda planejada considerando que o atendimento a pessoas vítimas de violência é uma consulta mais demorada que as demais, sendo imprescindível a

disponibilidade do profissional para ouvir, compreender e dar a atenção às especificidades de cada caso. Além disso, é fundamental que uma equipe esteja preparada para lidar com as complexidades emocionais e psicológicas que envolvem essas situações, garantindo um suporte contínuo.

Entre as dificuldades encontradas durante os atendimentos, destaca-se também a complexidade de planejar uma agenda em conjunto com outros profissionais que também atuam em diferentes clínicas. É necessário conciliar as agendas com os eventos das unidades, além de agendar atendimentos multidisciplinares.

Com o aumento no número de pacientes que buscam atendimento espontaneamente, isso se torna um grande desafio. Para atender às pessoas em situação de violência, é fundamental promover um ambiente acolhedor, que depende principalmente da disponibilidade de tempo para um diálogo tranquilo, sem interferências e interrupções. Portanto, o trabalho dos profissionais enfrenta o desafio de atender a diferentes demandas enquanto ainda mantém um padrão de qualidade no atendimento.

## **6. DISCUSSÃO**

Durante os atendimentos às pessoas em situação de violência três âmbitos chamaram a atenção: a falta de conhecimento dos fluxos para esse tipo de atendimento, a sobrecarga emocional envolvida e a demanda excessiva. A falta de conhecimento dos fluxos pode ser exacerbada pela falta de afinidade dos profissionais com a temática que, frequentemente, está relacionada à falta de habilidade de manejar esses casos. Além disso, muitas vezes, as universidades não abordam essa questão de forma adequada nas suas estruturas curriculares, o que agrava ainda mais a situação (SANTOS, et al, 2024; VALERO e MASSI, 2022).

Figura 3- Principais Desafios no Atendimento Multidisciplinar



Fonte: elaborado pela autora, 2024.

Outros fatores importantes incluem poucas capacitações adequadas para o atendimento a pessoas em situação de violência. É importante destacar que a Coordenadoria da Atenção Básica frequentemente promove capacitações, mas, em geral, essas formações são direcionadas apenas aos profissionais de referência na linha de cuidado de violência da clínica. Isso resulta em uma reciclagem de conhecimento para aqueles que já possuem uma base sólida, deixando os demais profissionais à mercê de uma eventual disseminação do conteúdo na unidade, o que nem sempre é viável devido à alta demanda da atenção primária. Segundo o estudo de Santos et al (2024), 76% dos profissionais não participaram de capacitações para atender as mulheres vítimas de violência sexual, isso demonstra que apesar da temática ser recorrente na atenção primária os profissionais não são preparados para os atendimentos.

Ao considerarmos a violência que pode ser vivenciada pelo profissional de saúde em decorrência do atendimento a em situação de violência, identificamos a violência no trabalho. Essa forma de violência ocorre quando o trabalhador, no exercício de suas funções, é alvo de abusos ou ameaças por parte de usuários ou parceiros profissionais, colocando em

risco sua segurança. No contexto do atendimento ao público, lidar com usuários fragilizados pela violência já representa um risco significativo de violência no ambiente de trabalho. Além disso, podemos classificar essa violência em duas categorias: a violência indireta, que é experimentada quando o profissional, em suas atividades, se depara com situações de violência extrema, estabelecendo contato direto ou indireto com vítimas e agressores; e violência direta são ações explícitas de violência causando dano físico ou psicológico no ambiente de trabalho(LANCMAN et al, 2009).

Ao desenvolver ações de enfrentamento à violência, é essencial reconhecer a vulnerabilidade dos profissionais que atuam nos ambulatórios. Esses profissionais frequentemente enfrentam situações delicadas, como atendimento à violência doméstica, abuso infantil e conflitos comunitários. Por estarem em contato direto com realidades traumáticas, suas avaliações e orientações podem impactar significativamente a dinâmica familiar e até mesmo a proteção social de agressores. Essa responsabilidade já representa um desafio emocional e social significativo, mas a situação se torna ainda mais complexa quando envolve casos de violência contra a mulher, especialmente aqueles que demandam o acionamento de acolhimento institucional para usuárias em risco iminente de morte.

Nessas situações, os profissionais não apenas enfrentam o desafio de intervir em situações de alta vulnerabilidade, mas também lidam com a pressão e o estigma que podem influenciar suas ações, e gerar um forte impacto em sua saúde mental e emocional. O medo de represálias, a insegurança no ambiente de trabalho e a falta de apoio institucional podem resultar em estresse psicológico e esgotamento, levando inclusive a um Burnout- que é um estado de esgotamento físico e mental por exposição a prolongada exposição a estresse excessivo em ambiente de trabalho ( PERNICIOTTI et al, 2020; LANCMAN et al, 2009).

Além disso, a complexidade das situações que atendem, somada à necessidade de tomar decisões rápidas e eficazes, exige um suporte adequado e uma formação contínua para que você possa se sentir seguro e capacitado em sua atuação. Ignorar essa vulnerabilidade não apenas compromete o bem-estar dos profissionais, mas também a eficácia do atendimento prestado às em situação de violência, perpetuando um ciclo de sofrimento (LANCMAN et al., 2009).

Durante o atendimento a pessoas em situação de violência, ficou evidente a falta de conhecimento da população sobre os serviços oferecidos pela Estratégia de Saúde da Família. A maioria das pessoas, quando atendidas em outros dispositivos da rede, não procuram a clínica da família de forma voluntária por acreditarem que os outros serviços são suficientes para suas necessidades de cuidado. Cabe a nós, enquanto profissionais de saúde

do Sistema Único de Saúde, orientar e estabelecer um vínculo com essa população, incentivando-a a buscar o acompanhamento adequado. Em caso de qualquer problema de saúde, é essencial procurar a Clínica da Família e sua equipe de referência.

Foi observado que durante os atendimentos, principalmente após os atendimentos em outros dispositivos da rede, que o usuário entende melhor a rede e a coordenação do cuidado, compreendendo ser protagonista no seu cuidado e assim, aderindo melhor a PTS- Projetos Terapêuticos Singular, que são projetos de intervenção individualizados planejados com o usuário buscando a melhor adesão a tratamentos. O PTS é uma estratégia muito utilizada durante os atendimentos a vítimas de violência por abranger diferentes áreas da sua vida diária, por criar estratégias com o usuário para adesão ao tratamento compreendendo que o ser deve ser visto de forma holística (Caderno de Atenção Básica II, 2012).

O vínculo, que é o diferencial da APS, demonstrou ser o um fator importante para o bom acompanhamento, já que há mais de um dispositivo no cuidado, e por causa dos atendimentos contínuos, o vínculo é uma forma de manter as consultas subsequentes (acompanhamento do caso), e de promover a investigação de fatores de risco buscando prevenir novos casos.

## **7. CAMI**

Além dos atendimentos realizados na clínica, tive a oportunidade de estagiar voluntariamente no Centro de Atendimento Multidisciplinar Integrado (CAMI) por um período de 15 dias. Este ambulatório adota um modelo inovador especializado no atendimento a pessoas em situação de violência, operando tanto com atendimentos por livre demanda quanto com encaminhamentos de outros serviços, como delegacias e clínicas da família. No CAMI, os atendimentos são conduzidos de maneira multidisciplinar, envolvendo enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Durante esse período, participei de atendimentos, reuniões e ações voltadas para a temática da violência.

Este período em que estive no CAMI pude compreender que a complexidade dos casos e da violência apresentada em um serviço especializado difere-se muito do padrão das violências atendidas na clínica, fato que é esperado visto que o serviço é um concentrador de casos complexos que não devem ser acompanhados somente pela equipe da estratégia de saúde da família. Este serviço conta com profissionais com mais conhecimento e manejo clínico para o atendimento, inclusive pude aprender muitas estratégias de interação com as pessoas em situação de violência, principalmente com crianças, que não o público

majoritário, de como estabelecer vínculo e potencializar a abertura para dialogar sobre o ocorrido. Muitas estratégias envolvem interação através de jogos como UNO, jogo da memória, Pega Varetas, brincadeira com personagens de desenhos infantis, desenho em papel e Jogo das emoções.

As brincadeiras também serviam como estratégia para observar habilidades da vítima e compreender através delas potenciais danos causados pela violência, permitindo então que nosso atendimento foque nesses danos e possa melhorar a qualidade de vida daquele usuário. Dentre os jogos o que mais me chamou a atenção foi o Jogo das emoções, jogo no qual o profissional retira uma carta e lê em voz alta para que o usuário responda, as perguntas nas cartas envolvem emoções e/ou sentimentos do seu dia a dia, exemplo: “o que é amor para você?” “Você sente medo quando...” “o que te deixa triste?”; as cartas permitem que fale sobre temas que talvez não abordaria espontaneamente, permitindo conhecer mais as características do mesmo e suas inquietações.

Outra técnica utilizada com frequência é o desenho, muitas crianças apresentam através de desenhos alguns sinais que podem sugerir violência na infância, sinais como o uso de cores escuras, predomínio de cores como preto ou vermelho pode indicar sentimentos de tristeza ou agressividade; imagens de violência, desenhos que incluem cenas de brigas, armas ou figuras feridas; isolamento, personagens desenhados sozinhos ou afastados de outros podem sugerir sentimentos de solidão; desproporção, figuras humanas com partes do corpo exageradas, como cabeças grandes ou corpos pequenos, podem refletir sentimentos de impotência, repetição de temas, se a criança desenha repetidamente situações de conflito ou medo, isso pode indicar que ela está processando experiências difíceis; e mudanças de comportamento, mudanças no estilo de desenho, como antes mais colorido e agora mais sombrio, podem ser um sinal de que algo está errado.

Essa experiência foi essencial para me aprofundar na temática, porém é preciso falar sobre o desconforto emocional envolvido no atendimento das vítimas de violência e de agressores, dado que a quantidade de pacientes e de consultas subsequentes impedem a recuperação emocional/psicológica do profissional. Outro fator adoecedor, na minha perspectiva, é o fato de não haver folga semanal para esses profissionais, que trabalham 40h semanais, de segunda a sexta. Folga esta que já ocorre aos profissionais da ESF com a mesma carga horária nesta AP. Diante dessa temática é imprescindível que haja um descanso a fim de promover um bem estar ao trabalhador, contribuindo para sua saúde mental e física, e naturalmente aumentando a produtividade.

De forma geral, o ambulatório cumpre seu propósito com os atendimentos, promovendo inclusive, o acompanhamento de usuários que, muitas das vezes, estão inviabilizados pela ESF. Mas para além da perspectiva do usuário, devemos humanizar mais a vivência do profissional, para que assim possamos garantir um atendimento de qualidade, promovendo a recuperação do usuário e preservando o profissional de saúde.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Podemos notar que a compreensão de violência vai além do padrão imaginário, que faz parte do nosso dia-a-dia contribuindo cada vez mais para o adoecimento e aumentando a morbimortalidade. Analisar os fatores ligados a violência e saúde nos permitirá avançar por meio de políticas que invistam em estratégias específicas para o atendimento e acompanhamento adequado de pessoas em situação de violência. Diante dos experiência exposta neste estudo podemos observar a falta de sensibilidade dos profissionais de saúde na identificação das violências sofridas pela sua população assistida, causando a subnotificação e a invisibilidade das violências.

Neste contexto, ainda é possível notar a falta de suporte por parte da coordenadoria de saúde, devido à ausência de qualificações profissionais direcionadas a todos os profissionais da rede que estão em contato com pessoas em situação de violência, além da carência de um suporte emocional específico para a proteção da saúde mental daqueles profissionais que lidam diretamente com situações de violência.

Neste estudo elencamos estratégias na ESF para o atendimento e monitoramento dos casos de violência, utilizando tecnologias de cuidados disponíveis na clínica buscando promover a recuperação da vítima, o rastreamento de casos com risco de violência e de áreas vulnerabilizadas do território para intervenção. A atuação em formato de equipe multidisciplinar já é promovida nos CAMI's apresentando um olhar holístico sobre o paciente, para além da vivência da violência, buscando promover a melhoria da qualidade de vida do paciente através do manejo dos possíveis danos causados pela violência.

Portanto, diante dessa realidade podemos concluir que o atendimento multidisciplinar não apenas reflete uma prática de cuidado mais integrada, mas também um compromisso com a dignidade e a recuperação completa das pessoas em situação de

violência. Investir na capacitação e na colaboração entre profissionais de diferentes áreas é um passo importante para melhorar a qualidade do atendimento e promover saúde para aqueles que enfrentam as consequências devastadoras da violência.

Deve-se investir em estudos com objetivo de estratificar as violências mais recorrentes no território do município para um diagnóstico situacional, buscando implementar medidas que sejam mais específicas as características de cada território. Há também, a necessidade de pesquisas voltadas para os profissionais de saúde que atuam diretamente com as violências, buscando prever os déficits inerentes a esse trabalho e como podemos minimizar essa exposição, mantendo a qualidade de vida do trabalhador e a assistência eficiente.

O comprometimento da saúde pública com estratégias com foco na violência também devem considerar o profissional da saúde como um possível adoecido no contexto da violência, propondo também a eles, estratégias de prevenção do adoecimento. Esse relato destaca a relevância de políticas públicas voltadas ao tema que sustentam e ampliam iniciativas semelhantes, promovendo uma abordagem integral e sensível à questão da violência em contextos de atenção primária à saúde.

## 9. REFERÊNCIAS

AFONSO, S. DA R. et al. Análise crítica da produção científica sobre a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. Revista brasileira de enfermagem, v. 77, n. 2, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jSspfsdqZWDtBmrC8yXC74G/?lang=pt> . Acesso em: 17 de Out. 2024.

ANTONI, Clarissa De; KOLLER, Silvia Helena. O psicólogo ecológico no contexto institucional: uma experiência com meninas vítimas de violência. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 21, n. 1, p. 14-29, mar. 2001 . Disponível em < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932001000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000100003&lng=pt&nrm=iso) >. acessos em 28 jul. 2024.

Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Formulário de avaliação de risco FRIDA : um instrumento para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher / Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: CNMP, 2019. 55 p. il. Disponível em: [https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2019/FRIDA\\_2\\_WEB.pdf](https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2019/FRIDA_2_WEB.pdf) . Acesso em 15 Setem 2024.

BRASIL. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho 1990. Dispõe sobre o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, e dá outras providências. Brasília (DF), 1990. Disponível

BRASIL. LEI Nº 11.350, de 5 DE Out. DE 2006. dispõe sobre a criação e a regulamentação do cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Agente de Combate a Endemias (ACE), Brasília,DF,2006. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm) >. Acesso em: 26 de Out. 2024.

em:[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm#:~:text=Toda%20crian%C3%A7a%20ou%20adolescente%20tem,pessoas%20dependentes%20de%20subst%C3%A2ncias%20entorpecentes.&text=Art.,-20](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm#:~:text=Toda%20crian%C3%A7a%20ou%20adolescente%20tem,pessoas%20dependentes%20de%20subst%C3%A2ncias%20entorpecentes.&text=Art.,-20). Acesso em : 10 mai. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf) >. Acesso em: 10 de Set. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2023. 62 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_atencao\\_basica\\_vigilancia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf) >. Acesso em: 26 de Out. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 344, de 1o de fevereiro de 2017. Diário Oficial da União 2017; 2 fev. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html) >. Acesso em: 01 de Março de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço** / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 96 p, 2001. Disponível em : <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia\\_intrafamiliar\\_cab8.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf)>. Acesso em 01 Mai. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) : versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. –Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 83 p. : il. Disponível em: <<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escruba-sa@bacdfdac-79ba-47a0-a402-17771bd03f14&emPg=true> >. Acesso em 22 de setem 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf). Acesso em: 10 Mai. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf). Acesso em: 10 Mai. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf). Acesso em 01 de Out 2024.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2ª ed. , 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atendimento\\_vitimas\\_violencia\\_saude\\_publica\\_DF.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf). Acesso em : 01 Mai. 2024.

Casarin, S. T. et al. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações. **Journal of Nursing and Health**, Rio Grande do Sul, 2001. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/21998/13685>. Acesso em: 10 Mai. 2024.

CASTANEDA, Luciana. O Cuidado em Saúde e o Modelo Biopsicossocial: aprender para agir. Communication Disorders, Audiology and Swallowing. Rio de Janeiro. Jan.

2019;31(5):e20180312. Disponível em <  
<https://www.scielo.br/j/codas/a/XFbYtL8kKMbKRRkRsbkTsbDk/?format=pdf&lang=pt>

Coelho, EBS et al. Violência: definições e tipologias [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 32 p. Disponível em: [https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Definicoes\\_Tipologias.pdf](https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Definicoes_Tipologias.pdf) . Acesso em 15 de Out. 2024.

COSTA, Eliane Silvia; SCHUCMAN, Lia Vainer. Identidades, Identificações e Classificações Raciais no Brasil: O Pardo e as Ações Afirmativas. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 466-484, ago. 2022 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812022000200466&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812022000200466&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em 05 mar. 2025.

DELZIOVO, CARMEN REGINA, et al. Guia para o manejo de situações de violência doméstica contra a mulher na APS. ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO NA SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL Florianópolis- UFSC.: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://unasus.ufsc.br/saudedamulher/files/2022/02/GUIA\\_ViolenciaMulheres\\_V4-1.pdf](https://unasus.ufsc.br/saudedamulher/files/2022/02/GUIA_ViolenciaMulheres_V4-1.pdf) . Acesso em 10 de Out 2024.

GERALDO, RM; et al. Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10):3871-3880, 2022. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/DVPvS3wkcRFQx3Mcf9m85H/?lang=pt> > . Acesso em 01 de Mar de 2025.

HABIGZANG, L F. Manual de capacitação profissional para atendimentos em situações de violência [recurso eletrônico] / coordenação Luísa F. Habigzang. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : PUCRS, 2018. Disponível em: <  
<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/15154038-manual-de-capacitacao-profissional-para-atendimento-em-situacoes-de-violencia-pucrs.pdf> >. Acesso em 10 de Fev 2024.

KYRILLOS, G.M. Uma Análise Crítica sobre os Antecedentes da Interseccionalidade. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 28, n. 1, 2020 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/zbRMRDkHJtkTsRzPzWTH4Zj/?format=pdf> . Acesso em 10 Mai. 2024.

KRUG, E. G. et al. (ed.). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/) . Acesso em: 22 setem . 2024.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental dos trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de saúde pública* , v. 4, pág. 682–688, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MDJrcyDxwV6Z7ndxGDL7mHt/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 15 de Out. 2024.

MANUAL DO MONITOR CARIOCA DE VIOLÊNCIAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. 2023. Disponível em: <[https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/MANUAL\\_DO\\_MONITOR\\_CARIOCA\\_04\\_04\\_20231.pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/MANUAL_DO_MONITOR_CARIOCA_04_04_20231.pdf)> . Acesso em: 17 de Out. 2024.

MEDEIROS, L. P. DE et al. Roy Adaptation Model: integrative review of studies conducted in the light of the theory. *Rev Rene*, v. 16, n. 1, p. 132–140, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324036185016.pdf> . Acesso em: 17 de Out. 2024.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. In.: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E.R. (org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 13-22. Disponível em:< <https://books.scielo.org/id/3ww26> >. Acesso em 26 de Out. 2024.

MONTEIRO, A.C.S et al. Mothers’ perspective on violence against children: constructing meanings. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(1):34-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0568>. Acesso em: 01 Mai. 2024.

MUSSI, RF DE F.; FLORES, FF; ALMEIDA, CB DE. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional* , v. 48, pág. 1–18 de 2021. Disponível em:

<http://educa.fcc.org.br/pdf/apraxis/v17n48/2178-2679-apraxis-17-48-60.pdf> . Acesso em: 12 de Out 2024.

NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. Impactos da Violência na Saúde [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, 448 p. Disponível em:< [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf) >. Acesso em 26 de Out. 2024.

Observatório Epidemiológico. **EPIRIO**. Disponível em: <https://epirio.svs.rio.br/painel/doencas-e-agrivos-nao-transmissiveis/> . Acesso em: 15 de Setem 2024.

Oliveira ML et al. Impacto da pandemia de COVID-19 na incidência de violência sexual domiciliar contra crianças e adolescentes no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(10):1-12, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QVdyRD65QnBZw8dnYMLzJBF/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 15 de setem 2024.

PERNICIOTTI, P. et al. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Rev. SBPH vol.23 no.1 São Paulo jan./jun.* 2020.Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582020000100005](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100005) . Acesso em: 15 de Setem. 2024.

RODRIGUES, V.P. et al. Relações familiares no contexto da violência de gênero. **Texto Contexto Enferm**, 2016; 25(3):e2530015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt\\_0104-0707-tce-25-03-2530015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-2530015.pdf)>. Acesso em: 01 Mai. 2024.

SANTOS, SRN; PEREIRA, RA; DIAS, AK. ENFERMAGEM E VIOLÊNCIA: PREPARO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER, *Revista Extensão - 2024 - v.8, n2*. Disponível em:

<<https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/9668> >. Acesso em: 26 de Out. 2024.

Silva JOM, Allen EM, Polonko I, Silva KB, Silva RC, Esteves RB. Planning and implementation of the Sexual Assault Nurse Examiner course to assist victims of sexual violence: an experience report. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03739. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020029803739>

SOUZA, D. G. DE et al. (EDS.). TEORIAS DE ENFERMAGEM: RELEVÂNCIA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL NA ATUALIDADE. [s.l.] Editora Inovar, 2021. Disponível em:

<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/642889/3/Livro%20-%20Teorias%20de%20enfermagem%20relev%C3%A2ncia%20para%20a%20pr%C3%A1tica%20profissional%20na%20atualidade.pdf> . Acesso em 17 de Out. 2024.

VALERO, R; MASSI, L. A literatura como motivação nas aulas de Ciências: uma análise a partir da categoria motivo de Leontiev. Ciência & Educação, Bauru, v. 28, e22042, 2022. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/vh5FRXgbQZmvWYCRKBTtVSk/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 26 de Out. 2024.

Veloso, MMX et al. 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.br/j/csc/a/PkkYLHmypoSBjMW6YSvMqKKg> >. Acesso em: 07 de Dez 2024.

World Health Organization. Preventing violence A guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. GENEVA, 2004. Disponível em: < <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43014/9241592079.pdf> >. Acesso em: 26 de Out. 2024.

**7. ANEXOS A- Formulário de Avaliação de Risco- FRIDA**

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO -FRIDA

Nome da usuária: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Perguntas	Sim	Não	Não sabe	Não se aplica
A violência vem aumentando de gravidade e/ou de frequência no último mês?				
A senhora/você está grávida ou teve bebê nos últimos 18 meses?				
A senhora/você tem filhos(as) com o(a) agressor(a)? <b>(Caso não tenham filhos em comum, o registro não se aplica)</b> Em caso afirmativo, estão vivendo algum conflito com relação à guarda dos filhos, visitas ou pagamento de pensão pelo agressor?				
O(A) agressor(a) persegue a senhora/você, demonstra ciúme excessivo, tenta controlar sua vida e as coisas que você faz (aonde você vai, com quem conversa, o tipo de roupa que usa, etc.)?				
A senhora/você se separou recentemente do(a) agressor(a), tentou ou tem intenção de se separar? Especifique: Separou <input type="checkbox"/> Tentou <input type="checkbox"/> Manifestou intenção <input type="checkbox"/>				
O(A) agressor(a) também é violento com outras pessoas (familiares, amigos, colegas etc.)? Especifique: Crianças <input type="checkbox"/> Outros familiares <input type="checkbox"/> Outras pessoas <input type="checkbox"/>				
A senhora/você possui algum animal doméstico? <b>(Caso não tenha animal doméstico, o registro não se aplica.)</b> Em caso afirmativo, o(a) agressor(a) maltrata ou agride o animal?				
O(A) agressor(a) já a agrediu fisicamente outras vezes?				
Alguma vez o(a) agressor(a) tentou estrangular, sufocar ou afogar a senhora/você?				
O(A) agressor(a) já fez ameaças de morte ou tentou matar a senhora/você?				
O(A) agressor(a) já usou, ameaçou usar arma de fogo contra a senhora/você ou tem fácil acesso a uma arma? Especifique: Usou <input type="checkbox"/> Ameaçou usar <input type="checkbox"/> Tem fácil acesso <input type="checkbox"/>				
O(A) agressor(a) já a ameaçou ou feriu com outro tipo de arma ou instrumento?				
A senhora/você necessitou de atendimento médico e/ou internação após algumas dessas agressões? Especifique: Atendimento médico <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/>				

Fonte: Formulário de avaliação de risco FRIDA : um instrumento para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher(2019)

O(A) agressor(a) é usuário de drogas e/ou bebidas alcóolicas?				
O(A) agressor(a) faz uso de medicação controlada para alguma doença mental/psiquiátrica?				
A senhora/você já teve ou tem medida protetiva de urgência? <b>(Caso não tenha tido medidas protetivas de urgência antes, o registro não se aplica.)</b>				
O(A) agressor(a) já descumpriu medida protetiva de afastamento ou proibição de contato?				
O(A) agressor(a) já ameaçou ou tentou se matar alguma vez?				
O(A) agressor(a) já obrigou a senhora/você a ter relações sexuais contra a sua vontade?				
O(A) agressor(a) está com dificuldades financeiras, está desempregado ou tem dificuldade de se manter no emprego?				
Total				

Nº de itens assinalados com "não sabe" ou "não se aplica"

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11-19
0-2	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	M
3	B	B	B	B	B	B	B	B	M	M	M	M
4	B	B	B	B	M	M	M	M	M	M	M	M
5	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	E	M
6	M	M	M	M	M	M	M	M	E	E	E	M
7	M	M	M	M	M	M	E	E	E	E	E	M
8	M	M	M	M	E	E	E	E	E	E	E	M
9	M	M	E	E	E	E	E	E	E	E	E	M
10-19	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E

Legenda: B = Risco baixo; M = Risco médio; E = Risco elevado.

Escala de gravidade de risco    Baixo ( )    Médio ( )    Elevado ( )



### Avaliação estruturada realizada pela(o) profissional

Nesta parte do formulário a profissional responsável pelo atendimento deverá registrar informações consideradas relevantes para a compreensão global da situação. O documento de avaliação estruturada consiste em um conjunto de perguntas que serão respondidas de forma descritiva e sucinta pelo(a) profissional. O registro se fará com base em informações que já foram prestadas pela vítima acrescentadas aquelas sobre suas condições físicas, emocionais e psicológicas. Ao fim, um campo aberto permite o registro de informações adicionais e que sejam consideradas relevantes para entendimento da gravidade da situação e medidas que adicionalmente deverão ser consideradas para a proteção da mulher.

Durante o atendimento, a mulher demonstra percepção de risco sobre sua situação? A percepção é de existência ou inexistência do risco? (Por exemplo, ela diz que o agressor pode matá-la, ou ela justifica o comportamento do agressor ou naturaliza o comportamento violento?) Anote a percepção e explique.

---



---



---

Existem outras informações relevantes com relação ao contexto ou situação da vítima e que possam indicar risco de novas agressões? (Por exemplo, a mulher tem novo(a) companheiro(a) ou tomou decisões que anunciam um rompimento definitivo com o agressor – ou pretende mudar de casa, bairro, cidade.) Anote e explique.

---



---



---

Como a mulher se apresenta física e emocionalmente? (Tem sinais de esgotamento emocional, está tomando medicação controlada, necessita de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico?) Descreva.

---



---



---

Existe o risco de a mulher tentar suicídio ou há informações de que tenha tentado se matar?

---

A mulher ainda reside com o(a) agressor(a) ou ele(a) tem acesso fácil à sua residência? Explique a situação.

---

---

---

Descreva outras circunstâncias que, na sua opinião, poderão representar risco de novas agressões e deverão ser observadas no fluxo de atendimento e ensejar a reavaliação de risco por outros profissionais. Descreva de forma sucinta a situação ou aspecto que chamou sua atenção.

---

---

---

Tendo em conta a informação recolhida e a sua experiência profissional, que nível de risco atribui a este caso? (Baixo; Médio; Elevado). Justifique.

---

---

---

Quais os encaminhamentos sugeridos para a mulher?

---

---

---

---

A usuária concordou com os encaminhamentos? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

---

A usuária demonstra interesse em aderir aos encaminhamentos? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

---

Fonte: Formulário de avaliação de risco FRIDA : um instrumento para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher(2019)

Pergunta	Sim	Não	Não sabe	Não se aplica
Você já foi agredida fisicamente pelo(a) agressor(a)?				
O(A) agressor(a) já te ameaçou de morte ou tentou te matar?				
O(A) agressor(a) persegue, vigia, tenta controlar os lugares onde vai, ou demonstra ciúmes excessivos?				
Você se separou do(a) agressor(a) recentemente ou tem intenção de se separar dele?				
O(A) agressor(a) já tentou te estrangular, sufocar ou afogar?				
As ameaças ou agressões têm se tornado mais frequentes ou graves nos últimos seis meses?				
Você acredita que ele(a) é capaz de matá-la?				
O(A) agressor(a) apresenta alguma doença psiquiátrica? Ou é dependente de álcool, drogas ou medicamentos?				

O(A) agressor(a) usou algum tipo de arma contra você ou tem acesso a algum tipo de arma (de fogo ou arma branca)?				
O(A) agressor(a) tenta controlar suas atividades diárias, a impede de visitar amigos/familiares, estudar/trabalhar, ir ao médico, etc.?				
Você e o agressor estão em conflito relacionado à guarda, visita ou pensão dos(as) filhos(as)?				
Você está grávida ou teve bebê nos últimos 18 meses?				

Fonte: Formulário de avaliação de risco FRIDA : um instrumento para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher(2019)









