



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Ygor Vilella Guedes

Contextos de violência e saúde mental em territórios de  
alta vulnerabilidade social: projeto de intervenção em  
uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de  
Rio de Janeiro

Florianópolis, Janeiro de 2023



Ygor Vilella Guedes

Contextos de violência e saúde mental em territórios de alta vulnerabilidade social: projeto de intervenção em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Rio de Janeiro

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Dalvan Antônio de Campos  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023



Ygor Vilella Guedes

Contextos de violência e saúde mental em territórios de alta vulnerabilidade social: projeto de intervenção em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Rio de Janeiro

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Marta Inez Machado  
Verdi**  
Coordenadora do Curso

---

**Dalvan Antônio de Campos**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023



# Resumo

A violência acomete uma ampla parcela da população geral, principalmente indivíduos que vivem em territórios de alta vulnerabilidade social. Sabe-se que as consequências que ela traz à saúde são graves e incluem depressão, ansiedade, suicídio e sequelas a saúde mental, além das lesões físicas. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que este trabalho será desenvolvido foi detectado que alguns usuários sofrem diversas formas de violência social dentro do território, culminando na alteração da saúde mental desses pacientes, trazendo prejuízos e sequelas para seu convívio na comunidade. Mediante a isso, o objetivo deste trabalho é diminuir o quadro de origem depressivo e de violências entre jovens, devido ao cenário social violento, em uma UBS do município do Rio de Janeiro. Para a implementação do projeto serão ofertadas a todos os profissionais da UBS capacitações e treinamentos de como acolher vítimas de violência social no território, planejaremos juntos quais estratégias são mais úteis para elaborar o plano de ações de promoção em saúde para a população exposta a violência. Feito isso, a primeira ação será fazer um diagnóstico das redes de enfrentamento à violência disponíveis e, em seguida, ofertar informação à essa população exposta, através de atividades na escola, tendas comunitárias, impressos a serem distribuídos para todas as pessoas da UBS e, juntamente a isso, propor grupos de ajuda e debates sobre como a violência social está interligado a saúde mental dos usuários. Esperamos que, quando esse projeto for aplicado, os usuários tenham maior consciência das formas de enfrentamento da violência e quais redes de apoio estão a sua disposição. Também esperamos que toda a equipe esteja empenhada em aprender mais sobre esse tema, para saber identificar situações de violência que podem ser detectadas durante o atendimento e as visitas domiciliares.

**Palavras-chave:** Assistência à Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Violência, Vulnerabilidade em Saúde, Vulnerabilidade Social





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
2.1	<b>Objetivo geral</b> . . . . .	<b>11</b>
2.2	<b>Objetivos específico</b> . . . . .	<b>11</b>
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>19</b>
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>23</b>



# 1 Introdução

Atenção Primária de Saúde (APS) é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece para todas as condições e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

O local em que o presente projeto de intervenção será implementado, apresenta um expressivo de idosos, adultos e crianças realizando acompanhamento nos ambulatórios de saúde mental. A população da comunidade está em torno de 33 mil usuários, sendo 4.500 pertencentes a equipe que executará o presente trabalho. A grande maioria dos usuários possuem dificuldade em se articular no manejo da rede, muitas vezes usando apenas o acesso a APS, excluindo o secundário e terciário quando necessário.

Um número significativo dos atendimentos e/ou consultas ainda são enfatizados na demanda livre espontânea, gestantes, adolescentes, mulheres em idade fértil, crianças de 0-8 anos e idosos, sendo queixa mais comum em idosos se correlacionado a rotina de Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), no atendimento voltado a criança as doenças do aparelho respiratório, gastrointestinal e pele são prevalentes, já os adultos do sexo feminino é mais frequente a queixa ligado ao sangramento de origem uterina, quando o assunto são os jovens e adultos as doenças prevalentes estão no contexto de saúde mental como por exemplo o sofrimento psíquico, insônia e dificuldade interação social.

A DM e a HAS estão sempre correlacionadas com as feridas em membros inferiores na população idosa/adulta, doença infecto parasitária como escabiose e pediculose se segmenta em crianças menores de 5 anos, além do impetigo em crianças de idade pré-escolar e escolares elucidando a falta de informação em saúde, trazendo a desnutrição e o baixo peso desse perfil de usuários, as mulheres em idade fértil possuem alto índice de prevalência por infecções sexualmente transmissíveis ressaltando diagnóstico para sífilis em suma maioria latente tardia, a população adulta jovem do sexo masculino em situação carcerária, e muitas das vezes suas companheiras procuram a unidade de saúde para solicitar avaliação clínica para o parlatório.

Apesar disso, destaca-se que as formas de violência vivida pela população geral trazem grandes prejuízos ao contexto físico, mental e social de uma comunidade que incluem quadros depressivos, síndromes de compulsão, pânico e até transtornos mentais de forma crônica. A comunidade onde atuo possui um perfil social com índice de desenvolvimento humano (IDH) extremamente baixo; um dos piores índices do Rio de Janeiro, somado à alta taxa de vulnerabilidade social. Neste sentido percebe-se como prioridade a questão da violência social direta sofrida por grande parte dos usuários da unidade onde atuo, corro-

borada pelos inúmeros relatos de violência doméstica, abuso infantil e falta de segurança pública com violação dos direitos humanos.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Diminuir o quadro de origem depressivo e de violências entre jovens, devido ao cenário social violento, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

### 2.2 Objetivos específicos

Ofertar educação em saúde para os jovens com vistas a prevenção de eventos depressivos e acometimento por violências.

Articulação intersetorial para especializar os jovens, facilitando a entrada ao mercado de trabalho, e afastando-os dos ambientes violentos.

Articular a rede de atenção à saúde para acompanhamento os jovens em quadro depressivo ou vítimas de violências para atenção psicossocial integral.

Realizar ações na comunidade, juntos aos demais profissionais de saúde, para diminuição da violência no território.



### 3 Revisão da Literatura

A violência é um termo, de natureza polissêmica, utilizado em muitos contextos. O termo violência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”. A violência é uma questão social e, portanto, não é objeto próprio de nenhum setor específico, segundo (MINAYO, 2005).

A violência produz sequelas orgânicas e emocionais, e devido o número de vítimas alarmante adquire um caráter endêmico, reproduzindo um problema de saúde pública em vários 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 (BENICIO; BARROS, 2017).

Os problemas culturais que estruturam o Brasil de forma secular, em conjunto com a imensa desigualdade da sociedade brasileira onde não foram superados, crescendo e dando origem a novas questões trazidas pelo período pós industrialização e pela globalização, levando o termo violência a ser estudo dentro do nosso contexto social. A globalização direcionou uma queda do número de conflitos armados no mundo, no entanto, a criminalidade organizada, as guerras por razões étnicas, o terrorismo e as ameaças de guerra cresceram. A violência de caráter coletivo, como ocorre hoje nas grandes cidades brasileiras constrói-se principalmente nos negócios ilegais de origem globalizada e que se beneficiam das facilidades geradas pelas transformações nos modos de produção de riqueza e dos sistemas técnico de informação e de comunicação.

As verdadeiras faces da violência que ocorrem hoje no Brasil são complexas, não se limitam à crimes que acontecem nas áreas pobres das metrópoles, é sobre as condições e as circunstâncias pela falta de oportunidade e ascensão, os jovens são os casos mais complexos já que sofrem apelos de consumo e falta de reconhecimento e chance sociais, contribuindo para as altas taxas de criminalidade, e como consequência dando ênfase na violência, particularmente, nas regiões metropolitanas (BENICIO; BARROS, 2017).

“Quando o tráfico oferece ao menino uma arma, dá a ele não apenas um instrumento de operação econômica, mas um instrumento de constituição subjetiva de afirmação de si mesmo, de recuperação de sua visibilidade, de imposição de sua presença social” (SOARES, 2002). As formas de delinquência organizada no Brasil, classificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na categoria de violência coletiva, produz prejuízos físico, psíquico e social a população exposta no contexto de violência, reproduzindo o abandono da esfera política. Exemplos dessa violência coletiva na área da saúde que afetam a vida e a

integridade dos usuários são as agressões, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos que levam a depressão e outras patologias envolvendo a saúde mental, além dos homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados a tal prática (OMS, 2017).

O Brasil ocupa hoje o quarto lugar no ranking da violência na América Latina, depois de Colômbia, El Salvador e Venezuela. A violência e os acidentes que afetam a saúde dos brasileiros são responsáveis pela segunda causa de mortalidade geral e é a primeira causa nas amplas faixas etárias de 5 a 49 anos. Nos casos que exigem internação, a violência e os acidentes estão no sexto lugar de importância. Como lembra um dos importantes documentos da Opa, escrito em 1994, a que já fiz referência, a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico na região das Américas e se converteu num problema de saúde pública em muitos, segundo (MINAYO, 2005, p. 65)

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.

As violências interpessoais são classificadas em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário. Por violência intrafamiliar entende-se a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Inclui as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos no âmbito doméstico. Considera-se que a violência intrafamiliar é, em geral, uma forma de comunicação entre as pessoas e, quando numa família se detecta um tipo de abuso, com frequência, ali existe uma inter-relação que expressa várias formas de violência. A violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos (OMS, 2017).

Por violências coletivas entendem-se os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria, do ponto de vista social, incluem-se os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões. No campo político, a violência coletiva se expressa nas guerras e nos processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. A classificação de violência coletiva contempla também ataques econômicos entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de dominação. À classificação criada pelo Relatório da OMS (2002), acrescento um tipo de violência a que denomino ‘estrutural’. Essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e ‘cronificam’ a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos micro e macroprocessos sócio-históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação. A maioria dos tipos de violência citados anteriormente tem sua base na violência estrutural. Geralmente a natureza dos atos violentos pode ser classificada em quatro modalidades de expressão,



também denominadas abusos ou maus-tratos: física, psicológica, sexual e a que envolve abandono, negligência ou privação de cuidados. (OMS, 2017).

Nos anos 60, 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 sua influência negativa para o crescimento e o desenvolvimento das vítimas. Uma década depois que os pediatras de Kempe e colaboradores (1962) cunhassem a expressão “síndrome do bebê espancado”, vários profissionais passaram a reconhecer e a diagnosticar esse tipo de agravo como um problema de saúde. Programas de prevenção primária e secundária e intervenções, principalmente, nas dinâmicas familiares responsáveis pela maioria das agressões, negligências e abusos psicológicos, se instituíram na pauta de serviços de instituições públicas, privadas e organizações não-governamentais (ONGs) (MINAYO, 2006).

A introdução da violência contra a mulher na agenda da área da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista. Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento pressionou e continua a pressionar o setor saúde para que atue ativamente e dê respostas concretas não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes da violência, mas para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações. Foram endereçados à área da saúde os mais diferentes problemas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados à violência de gênero. A força do feminismo na abordagem do diagnóstico situacional e nas propostas de ação, relativas a gênero, aparece claramente nos documentos dos organismos internacionais do setor saúde, como o que apresenta as conclusões da Conferência sobre Violência e Saúde realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde em Washington em 1994 (MINAYO, 2006).

Em 1994, a OpaS convocou os ministros de Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas, para uma conferência sobre todos esses temas envolvidos na violência. Nos documentos preparatórios e no documento final do evento, estão incluídos os aspectos tradicionais que sempre marcaram a atuação do setor e várias outras problemáticas que, pela primeira vez, foram incluídas na pauta, de forma orgânica. Os participantes da Conferência entenderam que a transição epidemiológica dos países da região apresentava uma questão antiga com novas cores e era preciso defini-la na sua especificidade histórica e mapeá-la, para que fosse tratada com as distinções próprias do setor e nos aspectos da intersectorialidade. O termo ‘causas externas’, que tradicionalmente englobava ‘acidentes e violências’ e era usado para categorizar o tema na Classificação Internacional das Doenças, foi substituído pela expressão ‘violência e saúde’ (MINAYO, 2006).

No período de 2001 a 2006, o Ministério da Saúde apresentou importante evolução na legitimação da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências. Além dos documentos que são estruturantes da ação ministerial e do SUS, outros

foram elaborados e oficializados, buscando-se a integração no tema nas ações rotineiras do setor: 1) Portaria 1.968/2001 que trata da notificação obrigatória pelos profissionais de saúde das situações de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes; 1) Portaria 1.969/2001, que dispõe sobre o registro e o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) nos casos de atendimento das causas externas; 3) as Portarias SAS/MS 969 e 970/2002 que disponibilizam uma nova ficha de registro de entrada de pacientes no SUS, com a intenção de captar, com melhor qualidade, aqueles advindos dos acidentes e violências; assim como o Sistema de Informações em Saúde para Acidentes e Violências (Sisav) (MINAYO, 2006).

A partir do ano 2001 na área de Saúde Mental, que passou a discutir a inserção do atendimento às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência nos Centros de Apoio Psicossocial (Caps); no campo da Saúde do Adolescente e do Jovem, apoiando atividades de protagonismo juvenil como prevenção das violências; na área de Saúde do Idoso e do Portador de Deficiência que recém-começa a inserir a temática da violência em suas linhas de atuação. Em 2004, a Portaria GM/MS n. 2.406 disseminou a notificação compulsória da violência contra a mulher, de acordo com a Lei 10.778/2003 que estabelece essa forma de registro, Em 2005, o Ministério da Saúde lançou várias normas técnicas como as que tratam sobre atendimento aos agravos decorrentes da violência sexual; sobre a anticoncepção de emergência nos casos de violência sexual contra mulheres e adolescentes e sobre a atenção humanizada às situações da interrupção da gravidez prevista em lei. Mais recentemente em 2006, lançou a ‘matriz pedagógica’ para formação de Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (MINAYO, 2006).

Utilizando o termo ‘causas externas’ que corresponde à classificação das violências e acidentes, como já mencionado, o Ministério da Saúde registrou 1.118.651 mortes de brasileiros de 1991 a 2000. Dessas, 369.068 pessoas foram a óbito por homicídio; 62.480, por suicídio e 309.212 por acidentes e violência no trânsito e nos transportes. As taxas de morte por causas externas tiveram forte incremento a partir da década de 1980, que, como mencionado anteriormente, inaugurou a época da democratização no país. Nesse período aumentaram as taxas de homicídios e de suicídio, e regrediram levemente as de acidentes de trânsito e de transporte. Cerca de 84% de toda a mortalidade por acidentes e violências em 2000, equivalente à perda de 99.474 pessoas, ocorreu na população masculina cujas taxas agregadas são de 119,0/100.000 habitantes. No grupo feminino, morreram 18.810 vítimas, numa proporção de 15,9% e 21,8/100.000 habitantes. Nos primeiros cinco anos da primeira década do século XXI essa situação pouco mudou, havendo uma pequena oscilação nas taxas de homicídios (MINAYO, 2005).

De acordo com Minayo et al. (2018), a violência afeta a saúde individual e coletiva, provoca mortes, lesões, traumas físicos e mentais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades; coloca novos problemas para o atendimento médico e para os serviços;

---

e evidencia a necessidade de uma atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada. No entanto, é recente a emergência do tema na área de conhecimento e de práticas do setor saúde. Esse conjunto de atores, chamaram atenção para os prejuízos ao crescimento, ao desenvolvimento e à saúde física e mental que a violência proporciona, podendo levar até ao comportamento suicida.

Na dissertação da (MOTTA, 2011) foi elucidado o impacto da vulnerabilidade social, que promove não somente depressão, mas também outras formas de sofrimento psíquico. A vulnerabilidade social apresenta quadros de depressão até 1.8 vezes mais altas do que a população de renda superior, reforçando a hipótese da relação entre vulnerabilidade social e depressão, existem casos extremos de vulnerabilidade onde faltam comida, abrigo ou mesmo dificuldade em possuir habitação e pagar as contas, existe a tendência em evoluir a casos de depressão, da mesma forma, as mulheres em situação de pobreza e medo diante da sua vida desfavorável, tendem a sofrer de depressão.

A OMS define depressão como um transtorno mental comum caracterizado por tristeza, ausência de prazer, perda de interesse, oscilações entre sentimento de culpa e baixa autoestima, com alterações na manutenção do sono ou do apetite, pode existir a falta de concentração e a sensação de cansaço. A depressão possui um período de longa duração ou recorrente, e sua forma mais grave pode levar ao suicídio. Casos de depressão leve podem ser tratados sem medicamentos, mas, na forma moderada ou grave, as pessoas precisam de medicação e tratamentos profissionais. Em 1992, a Federação Mundial para Saúde Mental lançou o Dia Mundial de Saúde Mental na tentativa de aumentar a conscientização sobre as questões na área e estimular a discussão sobre os transtornos mentais e a necessidade de ampliar os investimentos na prevenção, na promoção e no tratamento (OMS, 2017).

Os transtornos mentais afetam 25% da população em alguma fase da vida, representando quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo. As doenças mentais respondem por 12% da carga global de doenças, com um crescimento previsto para 15% em 2020. Os distúrbios mais comuns são transtornos depressivos, transtornos de uso de substâncias químicas e esquizofrenia. Os transtornos depressivos, em estudos de base populacional, atingem prevalência de 10% e incidência de 2% na população. A prevalência é alta independentemente do local do estudo, do instrumento utilizado e dos períodos para os quais a prevalência se aplica. Os fatores associados aos transtornos depressivos comumente encontrados são sexo feminino, baixas renda e escolaridade, idade de início entre 20 e 40 anos, pessoas divorciadas/separadas, viúvas ou que moram sozinhas, falta de suporte social, residentes em zona urbana e estresse crônico. Pessoas com depressão apresentam cerca de cinco vezes mais alguma forma de incapacidade do que indivíduos assintomáticos e, aqueles deprimidos, consultam e se hospitalizam mais por todas as causas (OMS, 2017).

A correlação entre a vulnerabilidade social, depressão, e outras formas de sofrimento

psíquico causado pela violência e, ressaltando a violência de caráter coletivo, é um objeto de estudo importante, pois impacta diretamente no setor saúde, segurança pública e educação, trazendo prejuízos ao crescimento e desenvolvimento adequado de uma população. O setor saúde constituiu o ponto de acolhimento e recepção a essas vítimas de violência, principalmente os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social. (WIEVIORKA, 1997)

## 4 Metodologia

Mediante ao objetivo geral deste trabalho que é diminuir o número de pacientes com quadro de sofrimento psíquico e depressão, causado pela violência social de caráter coletivo dentro do território adscrito da ESF, propõe-se a seguinte metodologia para realização das ações deste plano de intervenção.

Será realizado educação em saúde mental a grupos de maior potencial de risco da população exposta pela violência com ênfase nas crianças, mulheres e idosos. Os trabalho na escola seguirão os moldes do Projeto Saúde na Escola (PSE), e será voltado a patologias e comorbidades relacionado a crianças vítimas de violência, as tendas comunitárias em parceria com a associação de moradores local poderia absorver mulheres e adultos que vivem em situação de risco para violência cotidiana, no auditório da unidade básica de saúde será programado uma agenda de grupos com profissionais da unidade com intuito de elucidar informações pertinentes para captar os usuários que padecem de alterações na saúde mental devido ao quadro de violência social de caráter coletivo. Nesta etapa a participação da equipe será composta pelo agente comunitário de saúde, profissional médico, enfermeiro e auxiliar, durante um período de 12 meses, sendo sugerido 1 reunião quinzenal no colégio adscrito da área, grupos e tendas comunitárias sugere ações quinzenais e divididas pelas equipes ESF da unidade de saúde.

Capacitação uniforme e sistemática do quadro de funcionários da unidade para o atendimento voltado ao usuário vítima de violência, com profissionais especializados na atenção a saúde mental, em parceria com a CAP corresponde ao território da comunidade. Nesta etapa a participação da equipe será composta pelo gerente da unidade de saúde, agente comunitário de saúde, profissional médico e enfermeiro, funcionários da saúde bucal e auxiliares, durante um período de 12 meses, sendo sugerido 1 capacitação quinzenal direcionado a cada grupo de risco de violência, sendo importante a homogeneização do quadro de profissionais para que todos recebam a devida capacitação.

Apoio direto e sistemático dos profissionais e órgãos ligados à área de assistência social do município para atender a população exposta, como CRAS e ONG's voltada a violência. Nesta etapa a participação da equipe de saúde completa será composta pelo vínculo com a equipe NASF da unidade, em específico a psicóloga e assistente social do serviço, integrando a unidade/equipe á rede, sugerindo um atendimento específico a essa população exposta durante o transcorrer da semana, sem engessar a agenda, durante um período de 12 meses.

O CAPS será uma rede de apoio importante nesse processo de trabalho, pois será uma proposta terapêutica a essa demanda, por ser um serviço especializado ao atendimento em saúde mental, com quadro de profissionais que atuam na área de psiquiatria, psicologia e assistência social, será corroborativo a participação desses profissionais no acompanha-

mento dos usuários. Nesta etapa a participação da equipe ESF será composta pelo agente comunitário de saúde, profissional médico, enfermeiro e auxiliar, durante um período de 12 meses, sendo sugerido 1 pelo menos uma visita domiciliar ao usuário ao mês, além da intercomunicação entre os dois setores do atendimento.

A meta seria diminuir a violência no território e impactar de forma positiva na vida dessa população, levando como objeto de estudo a correlação entre a vulnerabilidade social, depressão, e outras formas de sofrimento psíquico causado pela violência e, principalmente a violência de caráter coletivo.

## 5 Resultados Esperados

Ofertar educação em saúde na escola para crianças e adolescentes expostos a violência social, significa criar uma forma de absorver essa vasta gama de usuários em uma grande proporção, sendo que a forma individualizada seria de menor impacto social na comunidade. De acordo com o estudo realizado pelo IPEA em setembro/2016 “ *Trajetórias Individuais, Criminalidade e o Papel da Educação*” feito pelo autor (CERQUEIRA, 2016), foi demonstrada o importante papel da educação para reduzir os índices de criminalidade de uma população, reforçando que além da educação em saúde, a forma de impactar diretamente nos índices de violência social sofrida pela população da comunidade seria uma educação de qualidade.

Deste modo espera realizar a articulação intersetorial com ONG's de apoio aos jovens, para especializar e inserir esses adolescentes expostos a situação de violência ao mercado de trabalho, modificaria o atual cenário da comunidade, afastando-os de ambientes violentos e criando uma forma estratégica de potencializar o trabalho. Articular a rede de atenção à saúde para o devido acompanhamento da população exposta ao quadro de sofrimento psíquico e depressão, vítimas de violências social, sinalizando ao CAPS o acompanhamento integral a família junto a ESF, reduziria o número de doentes, impactaria no menor número de recidivas da doença e na melhor interação social da comunidade.

Realizar ações na comunidade e na unidade de saúde junto aos demais profissionais de saúde da ESF, para diminuir a violência no território, essa medida impacta diretamente aos usuários, pois seria a parte conscientização e prevenção da população, conseguindo sinalizar e rastrear os usuários expostos, a partir desse rastreio podemos criar uma estratégia qualificada para o atendimento individualizado do usuário.

Fomentar a capacitação uniforme e sistemática do quadro de funcionários da unidade para o atendimento voltado ao usuário vítima de violência, com profissionais especializados na atenção à saúde mental, em parceria com a CAP correspondente ao território da comunidade, essa medida impacta no atendimento de qualidade, com o profissional adequado para esse tipo de atendimento, sendo resolutivo dentro do fluxo de trabalho, não trazendo prejuízos ao usuário e diminuindo a incidência e prevalência de doenças voltada à saúde mental devido o quadro de sofrimento psíquico e depressão acarretado pela violência social.





## Referências

- BENICIO, L. F. de S.; BARROS, J. P. P. Estratégia saúde da família e violência urbana: Abordagens e práticas sociais em questão. *SANARE*, v. 16, p. 102–112, 2017. Citado na página 13.
- CERQUEIRA, D. Trajetórias individuais, criminalidade e o papel da educação. *IPEA*, p. 1–9, 2016. Citado na página 21.
- MINAYO, M. C. de S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA, 2005. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 16.
- MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: : trajetória histórica. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 10–20, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- MINAYO, M. C. de S. et al. Institucionalização do tema da violência no sus: avanços e desafios. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 10–25, 2018. Citado na página 16.
- MOTTA, C. C. L. da. Depressão: Sua compreensão e significados À luz da prática dos psicólogos no contexto de uma rede municipal de saúde mental. Florianópolis, n. 319, 2011. Curso de Doutorado, Departamento de centro de filosofia e ciências humanas, UFSC. Cap. 1. Citado na página 17.
- OMS. *Novo relatório da Organização Mundial da Saúde*. 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/detail/17-05-2017-almost-half-of-all-deaths-now-have-a-recorded-cause-who-data-show>>. Acesso em: 02 Jan. 2019. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 17.
- SOARES, L. E. Novas políticas de segurança pública. *SciELO*, v. 17, p. 1–17, 2002. Citado na página 13.
- STARFIELD, B. *ATENÇÃO PRIMÁRIA: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. BRASÍLIA: UNESCO, 2002. Citado na página 9.
- WIEVIORKA, M. *O novo paradigma da violência*. 1997. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/wieviorka-onovoparadigmadaviolencia.pdf>>. Acesso em: 01 Dez. 2018. Citado na página 18.