



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Aaron Macena da Silva**

**Vozes da atenção primária no enfrentamento da violência:  
diagnóstico situacional, preparo profissional e estratégias educativas**

**FORTALEZA**  
**2026**

**AARON MACENA DA SILVA**

**Vozes da atenção primária no enfrentamento da violência:  
diagnóstico situacional, preparo profissional e estratégias educativas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração 1: epidemiologia e vigilância em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Hugo Gonzalez

**FORTALEZA  
2026**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- Siv SILVA, AARON MACENA DA.  
VOZES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA: : diagnóstico situacional, preparo profissional e estratégias educativas / AARON MACENA DA SILVA. – 2026.  
212 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2026.  
Orientação: Prof. Dr. Ricardo Hugo Gonzalez.
1. Violência. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Informação, Educação e Comunicação. 4. Tecnologias Educacionais. 5. Saúde Coletiva. I. Título.

CDD 610

---

AARON MACENA DA SILVA

**VOZES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA:  
*DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, PREPARO PROFISSIONAL E ESTRATÉGIAS  
EDUCATIVAS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração 1: epidemiologia e vigilância em saúde

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Hugo Gonzalez

Aprovada em: 13/01/2026.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Ricardo Hugo Gonzalez  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof.<sup>a</sup>. Tatiana Monteiro Fiuza  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr. Thereza Maria Magalhães Moreira  
Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa - FUNCAP

---

Prof. Dr.<sup>a</sup>. Deborah Gurgel Smith  
Louisiana State University Health Shreveport - LSUHS

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Espiritualidade Superior, presença constante de amparo, força e discernimento ao longo de todo o percurso desta pesquisa. A fé e a confiança no cuidado espiritual foram fundamentais para sustentar a perseverança, a serenidade e a clareza de propósito diante dos desafios enfrentados.

Ao Vêi Dedé, pela proteção, pela força espiritual e pelo aprendizado transmitido, que acompanharam esta trajetória de forma silenciosa, porém decisiva, contribuindo para o equilíbrio, a resistência e a condução ética deste trabalho.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo apoio institucional e pelo incentivo à produção científica, essenciais para a viabilização e o fortalecimento desta pesquisa.

Aos membros da banca examinadora, registro meu sincero agradecimento pela disponibilidade, pelo rigor acadêmico e pelas contribuições qualificadas, cujas análises e sugestões foram fundamentais para o aprimoramento teórico, metodológico e científico deste estudo.

Aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), que colaboraram direta ou indiretamente com esta pesquisa, agradeço pela dedicação cotidiana, pelo compromisso ético e pela partilha de saberes e experiências que conferem relevância social e prática aos resultados apresentados.

À Marizângela, pelo apoio essencial na concepção e no desenvolvimento do projeto, pelas orientações, pela escuta sensível e pela disponibilidade ao longo de todo o processo, elementos decisivos para a consolidação deste trabalho.

À Kariza, colega de turma, pelo companheirismo, pelas trocas acadêmicas e pelo apoio mútuo durante a trajetória formativa, que tornaram o percurso mais leve e colaborativo.

Ao Rennan, amigo, pelo incentivo constante, pela presença nos momentos mais desafiadores e pelo apoio emocional, fundamentais para a manutenção da motivação e da perseverança ao longo desta caminhada.

À minha psicóloga Tati, e ao meu psiquiatra Tiago por se manterem confiando em mim e na minha capacidade quando eu mesmo não confiava.

Aos meus pais e à minha família, expresso minha profunda gratidão pelo amor, pelo apoio incondicional, pela compreensão e pelo estímulo contínuo, que sustentaram esta trajetória acadêmica e pessoal, tornando possível a concretização deste trabalho.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desta pesquisa, reafirmando a importância da construção coletiva do conhecimento e do compromisso com uma saúde pública ética, crítica e socialmente comprometida.

## RESUMO

A violência constitui um problema complexo e multifacetado, com elevada magnitude epidemiológica e profundas repercussões sociais, sanitárias e institucionais, configurando-se como um desafio estratégico para a Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste estudo foi analisar o preparo profissional, as necessidades formativas e o potencial de engajamento com ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) para o enfrentamento da violência na APS. Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem quali-quantitativa, desenvolvido em fases sequenciais. Na Fase 1, realizou-se o diagnóstico situacional, composto por três etapas: (2a) construção do instrumento “Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência”, fundamentado em revisão da literatura, análise de instrumentos prévios e na Teoria Clássica dos Testes (TCT), com definição dos construtos, dimensões e critérios de pontuação; (2b) pré-teste e validação de conteúdo do questionário, conduzidos com 15 profissionais da APS do estado do Ceará, utilizando o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) e os critérios de Lynn, com análise integrada quali-quantitativa; e (2c) análise descritiva dos dados do pré-teste, orientando ajustes operacionais e a consolidação dos índices sintéticos. E por fim o estudo transversal com 79 profissionais da APS de Fortaleza/Ce. Os resultados evidenciaram lacunas relevantes no preparo profissional para o manejo da violência na APS. Menos da metade dos participantes demonstrou reconhecer adequadamente múltiplos sinais físicos e psicológicos de violência, bem como domínio satisfatório dos fluxos institucionais formais de atendimento e encaminhamento. Observou-se que apenas uma parcela minoritária relatou uso prévio ou domínio operacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), indicando fragilidades na articulação entre prática assistencial e vigilância em saúde. Em contrapartida, mais de dois terços dos profissionais reconheceram a violência como tema relevante para sua atuação e expressaram necessidade de formação adicional, evidenciando elevada percepção de lacunas teóricas e práticas. No que se refere às estratégias educativas, identificou-se alto potencial de engajamento com ferramentas de IEC, sobretudo aquelas de natureza digital, objetiva e acessível. A maioria dos participantes demonstrou preferência por recursos interativos, conteúdos curtos, aplicáveis ao cotidiano da APS e com possibilidade de uso offline, reforçando a pertinência de abordagens alinhadas ao marketing social em saúde. A aplicação da TCT permitiu a seleção de itens com adequado poder discriminativo e coerência conceitual, resultando na construção de três índices sintéticos: IPPMV-APS, INF-MVAPS e IEAEE-VAPS, com escores interpretativos de baixa, moderada e alta intensidade. Conclui-se que o diagnóstico situacional revelou importantes desafios e oportunidades para o fortalecimento da vigilância em saúde da violência na APS, evidenciando o papel estratégico das ferramentas de IEC e do marketing social em saúde como dispositivos de apoio à qualificação profissional, à promoção da equidade e ao aprimoramento das políticas públicas de enfrentamento da violência no SUS.

**Palavras-chave:** Violência; Atenção Primária à Saúde; Informação, Educação e Comunicação; Tecnologias Educacionais; Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

Violence constitutes a complex and multifaceted problem, with high epidemiological magnitude and profound social, health-related, and institutional repercussions, representing a strategic challenge for Primary Health Care (PHC) within the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). The objective of this study was to analyze professional preparedness, training needs, and the potential for engagement with Information, Education, and Communication (IEC) tools for addressing violence in PHC. This is a methodological study with a mixed qualitative–quantitative approach, developed in sequential phases. In Phase 1, a situational diagnosis was conducted, comprising three stages: (2a) development of the instrument “*Voices of Primary Health Care in the Detection and Management of Violence*”, grounded in a literature review, analysis of previously used instruments, and Classical Test Theory (CTT), with the definition of constructs, analytical dimensions, and scoring criteria; (2b) pre-testing and content validation of the questionnaire, conducted with 15 PHC professionals from the state of Ceará, using the Content Validity Index (CVI) and Lynn’s criteria, with integrated qualitative and quantitative analysis; and (2c) descriptive analysis of pre-test data, which guided operational adjustments and the consolidation of the synthetic indices. Finally, a cross-sectional study was conducted with 79 PHC professionals from Fortaleza, Ceará. The results revealed significant gaps in professional preparedness for managing violence in PHC. Less than half of the participants adequately recognized multiple physical and psychological signs of violence and demonstrated satisfactory knowledge of formal institutional care and referral pathways. Only a small proportion reported prior use or operational proficiency with the Notifiable Diseases Information System (Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN), indicating weaknesses in the articulation between clinical practice and health surveillance. Conversely, more than two thirds of the professionals recognized violence as a relevant issue in their professional practice and expressed the need for additional training, reflecting a high perceived level of theoretical and practical gaps. Regarding educational strategies, a high potential for engagement with IEC tools was identified, particularly those that are digital, objective, and accessible. Most participants expressed a preference for interactive resources, concise content applicable to routine PHC practice, and tools with offline functionality, reinforcing the relevance of approaches aligned with health social marketing. The application of Classical Test Theory enabled the selection of items with adequate discriminative power and conceptual coherence, resulting in the construction of three synthetic indices: the Professional Preparedness and Readiness Index for Violence Management in PHC (IPPMV-APS), the Training Needs Index for Violence Management in PHC (INF-MVAPS), and the Engagement and Attractiveness Index of Educational Tools (IEAEE-VAPS), with interpretative scores classified as low, moderate, and high. It is concluded that the situational diagnosis revealed important challenges and opportunities for strengthening violence-related health surveillance within PHC, highlighting the strategic role of IEC tools and health social marketing as mechanisms to support professional qualification, promote equity, and enhance public policies aimed at violence prevention and response within the SUS.

**Keywords:** Violence; Primary Health Care; Information, Education, and Communication; Public Health.

## LISTA DE SIGLAS

<b>Sigla</b>	<b>Significado</b>
<b>ABNT</b>	Associação Brasileira de Normas Técnicas
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CE</b>	Ceará
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>COVID-19</b>	Coronavirus Disease 2019
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DSS</b>	Determinantes Sociais da Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IEC</b>	Informação, Educação e Comunicação
<b>IEAEE-VAPS</b>	Índice de Atratividade de Ferramentas Educativas para o Manejo da Violência na Atenção Primária à Saúde
<b>INF-MVAPS</b>	Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na Atenção Primária à Saúde
<b>IPPMV-APS</b>	Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na Atenção Primária à Saúde
<b>IVC</b>	Índice de Validação de Conteúdo
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>ODM</b>	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde

<b>Sigla</b>	<b>Significado</b>
<b>PIC</b>	Práticas Integrativas e Complementares
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PSE</b>	Programa Saúde na Escola
<b>SIIS-VAPS</b>	Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TCT</b>	Teoria Clássica dos Testes
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>WHO</b>	World Health Organization

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS). .....</b>	<b>39</b>
<b>Figura 2 - Circulação da informação através do uso de ferramentas de IEC para mitigação da violência na atenção primária à saúde. ....</b>	<b>49</b>
<b>Figura 3 - Cálculo de Índice de Validade de Conteúdo (IVC) .....</b>	<b>78</b>

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos validadores do questionário.	128
Tabela 2 – Simulação do perfil dos validadores do questionário.	129
Tabela 3 – Tempo de resposta ao questionário original.	131
Tabela 4 – Clareza das perguntas, adequação da linguagem e pertinência ao contexto da APS por bloco do questionário original.	131
Tabela 5 – Descrição do pré-teste em relação aos conhecimentos e procedimentos na APS em relação à violência.	139
Tabela 6 – Descrição do pré-teste em relação procedimentos, conhecimento de canais e uso do SINAN na APS.	141
Tabela 7 – Descrição do pré-teste em relação uso e percepções sobre ferramentas digitais na APS para enfrentamento da violência.	142
Tabela 8 – Descrição do pré-teste em relação autoavaliação, interesse em capacitação e sugestões finais.	143
Tabela 9 - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes do estudo. Fortaleza/CE, 2025.	151
Tabela 10 - Formação, apoio institucional e experiência prévia dos profissionais da APS sobre identificação e notificação de violências. Fortaleza/CE, 2025.	152
Tabela 11 - Conhecimento dos profissionais da APS sobre identificação e notificação de violências. Fortaleza/CE, 2025.	154
Tabela 12 - Condutas iniciais, conhecimento de canais de denúncia, procedimentos por perfil da vítima, uso do SINAN e familiaridade com a rede de apoio por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.	156
Tabela 13 - Distribuição percentual do Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS) e indicadores específicos de reconhecimento, fluxos, canais de denúncia, uso do SINAN e preparo percebido entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).	158
Tabela 14 - Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS) e escores de componentes do manejo da violência por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.	160
Tabela 15 - Associação entre a categoria profissional atual e o nível de prontidão para atendimento à vítima segundo o Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS), entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.	161
Tabela 16 - Auto percepção, manejo de casos de violência e uso de ferramentas digitais por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025	162
Tabela 17 - Experiências prévias, preferências e índice de atratividade de ferramentas digitais para capacitação sobre violência entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.	164
Tabela 18 - Distribuição dos escores do Índice de Atratividade de Ferramentas (IEAEE-VAPS) e de componentes de preferência e praticidade segundo disposição para formação entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.	165
Tabela 19 - Associação entre a categoria profissional atual e os níveis do Índice de Atratividade de Ferramentas (IEAEE-VAPS) entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.	166
Tabela 20 - Distribuição percentual da eficácia percebida, experiências formativas, conhecimento normativo-operacional e Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS (INF-MVAPS) entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.	168
Tabela 21 -Distribuição dos escores do Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS (INF-MVAPS), experiência formativa prévia e conhecimento normativo-	

**operacional segundo níveis de disposição para formação entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.**

**169**

**Tabela 22 - Associação entre a categoria profissional atual e os níveis do Índice de Atratividade Digital (IEAEE-VAPS) entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.**

**171**

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipologia da violência.	31
Quadro 2 - Naturezas da Violência.	31
Quadro 3 - Outras classificações de violência.	32
Quadro 4 - Comparativo dos conceitos de Informação, Educação e Comunicação em Saúde.	52
Quadro 5 - Diferenças entre Informação, Educação e Comunicação e sua aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde para mitigação da violência.	54
Quadro 6 - Princípios das ferramentas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde.	56
Quadro 7 - Ferramentas de Informação, Educação e Comunicação, níveis de prevenção e aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde.	59
Quadro 8 - Comparativo dos princípios do marketing tradicional adaptados ao marketing social com foco na saúde.	64
Quadro 9 - Síntese do Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS), dimensões constitutivas, variáveis operacionais, aplicação da Teoria Clássica dos Testes (TCT) e alinhamento com os objetivos específicos do estudo. Fortaleza/CE, 2025.	87
Quadro 10 - Análise estatística segundo fases e etapas do estudo, objetivos, procedimentos adotados e produtos gerados. Fortaleza/CE, 2025.	92
Quadro 11 - Fases e etapas metodológicas do estudo segundo finalidades, procedimentos metodológicos e produtos gerados. Fortaleza/CE, 2025.	96
Quadro 12 - Caracterização de aplicativos sobre violência disponíveis gratuitamente na Google Play Store.	100
Quadro 13 - Caracterização educacional e de interatividade dos aplicativos sobre violência disponíveis gratuitamente na Google Play Store.	100
Quadro 14 - Caracterização dos projetos de aplicativos sobre violência disponíveis gratuitamente na Google Acadêmico.	104
Quadro 15 - Caracterização educacional e de interatividade dos aplicativos cuja temática aborde a questão da violência e estratégias de lidar com o fenômeno disponíveis gratuitamente na loja de aplicativos da Google.	105
Quadro 16 - Estudos e objetos educacionais no combate à violência direcionados a profissionais de saúde.	109
Quadro 17 – Estudos sobre ferramentas educativas sobre violência para profissionais de saúde incluídos.	113
Quadro 18 – Síntese dos objetos de aprendizagem sobre violência para profissionais de saúde.	119
Quadro 19 – Síntese das considerações para o desenvolvimento do protótipo de ferramenta de IEC para profissionais da APS	122
Quadro 20 - Sugestões qualitativas de ajuste do questionário original.	132
Quadro 21 - Classificação das sugestões qualitativas por temas críticos.	133
Quadro 22 - Priorização de mudanças, considerando as sugestões qualitativas	134
Quadro 23 - Análise qualitativa das respostas abertas sobre ferramentas e manejo da violência na APS.	146

## SUMÁRIO

<b>APROXIMAÇÃO COM O TEMA</b>	<b>18</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>21</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>25</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>29</b>
3.1. Geral	29
3.2. Específicos	29
<b>4. VIOLÊNCIA: um fenômeno complexo</b>	<b>30</b>
4.1. Tipologia e natureza da violência	30
4.2. Epidemiologia da violência no Brasil e no Ceará	33
<b>5. MITIGAÇÃO DA VIOLÊNCIA</b>	<b>38</b>
5.1. Ações intersetoriais na busca da mitigação da violência	41
5.1.1. Atenção primária à saúde como eixo norteador do cuidado e da mitigação da violência	44
5.1.1.1. Políticas nacionais na atenção primária à saúde e seu potencial para mitigação da violência	46
5.1.1.2. Informação, educação e comunicação como ferramentas de trabalho na atenção primária à saúde	48
<b>6. FERRAMENTAS E ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EM SAÚDE</b>	<b>51</b>
6.1. Conceitos chaves de Informação, Educação e Comunicação	51
6.2. Ferramentas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde	53
6.3. Princípios das Ferramentas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde	55
6.4. Ferramentas de Informação, Educação e Comunicação e seu potencial uso na saúde	56
6.5. Ferramentas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde e marketing social em saúde	61
<b>7. MARKETING SOCIAL EM SAÚDE E SEU POTENCIAL NA MITIGAÇÃO DA VIOLÊNCIA</b>	<b>63</b>
7.1. Princípios de Marketing Aplicados ao Marketing Social com Foco na Saúde	64
7.2. Aplicabilidade do Marketing Social com Foco na Saúde	66
7.3. Marketing Social e Políticas Públicas para Mitigação da Violência	67
7.4. Integração ao Marketing Social: Potencial Transformador das Ferramentas de IEC	69
7.5. Resultados do uso de ferramentas de IEC e marketing social na mitigação da violência	70
<b>8. MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>72</b>
8.1. Tipo e fases do estudo	72

<b>8.2. Fase 1 do diagnóstico situacional: etapas metodológicas</b>	<b>73</b>
<b>8.2.1. Etapa 1 Levantamento e análise de ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC)</b>	<b>73</b>
<b>8.2.2. Etapa 2a - Desenvolvimento do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência</b>	<b>75</b>
<b>8.2.3. Etapa 2b - Validação do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência</b>	<b>76</b>
<b>8.2.4. Etapa 2b - Estudo piloto (pré-teste) do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência</b>	<b>79</b>
<b>8.2.5. Etapa 3 - Estudo transversal com profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS)</b>	<b>81</b>
<b>8.3. Fase 2 - Construção e alinhamento do Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS)</b>	<b>82</b>
A. Princípios metodológicos orientadores	84
B. Estratégia geral de construção dos índices	84
C. Aplicação da Teoria Clássica dos Testes (TCT) na construção e interpretação dos índices	85
D. Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS)	89
E. Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS (INF-MVAPS)	89
F. Índice de Engajamento e Atratividade de Estratégias Educativas para Violência na APS (IEAEE-VAPS)	90
<b>8.4. Análise dos dados</b>	<b>90</b>
<b>8.5. Aspectos éticos</b>	<b>97</b>
<b>9. RESULTADOS</b>	<b>99</b>
<b>9.1. Etapa 1 da Fase 1 do diagnóstico situacional: Levantamento dos IEC sobre violência e estratégias de enfrentamento para o atendimento à pessoa vítima de violência</b>	<b>99</b>
<b>9.1.1. Aplicativos na Play Store Google</b>	<b>99</b>
<b>9.1.2. Estudos sobre aplicativos no Google Acadêmico</b>	<b>103</b>
<b>9.1.3. Estudos sobre aplicativos sobre violência direcionados a profissionais de saúde</b>	<b>108</b>
<b>9.1.4. Estudos sobre outras ferramentas de IEC para abordagem da violência junto a profissionais de saúde</b>	<b>112</b>
<b>9.1.5. Objetos de aprendizagem na abordagem da violência para profissionais de saúde disponíveis em repositórios de recursos abertos (REA)</b>	<b>118</b>
<b>9.1.6. Considerações reflexivas sobre os pressupostos e aspectos para o desenvolvimento do protótipo de ferramenta de IEC para profissionais da APS a partir levantamento de ferramentas IEC existentes</b>	<b>122</b>

<b>9.2. Etapa 2a da Fase 1 do diagnóstico situacional: desenvolvimento do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência</b>	<b>124</b>
<b>9.2.1. Discussão do desenvolvimento do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência</b>	<b>126</b>
<b>9.3. Etapa 2b da Fase 1 do diagnóstico situacional: validação do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência</b>	<b>128</b>
<b>9.3.1. Discussão da validação do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência</b>	<b>136</b>
<b>9.4. Etapa 2c da Fase 1 do diagnóstico situacional: estudo piloto/pré-teste do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência</b>	<b>138</b>
<b>9.4.1. Discussão do estudo piloto/pré-teste do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência e ajustes realizados</b>	<b>148</b>
<b>9.5. Estudo transversal e construção do Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS)</b>	<b>150</b>
<b>9.5.1. Discussão do estudo transversal e construção do Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS)</b>	<b>172</b>
<b>10. CONCLUSÃO</b>	<b>176</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>178</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>195</b>
<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ORIGINAL VOZES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO E NO MANEJO DA VIOLÊNCIA</b>	<b>196</b>
<b>APÊNDICE B – TCLE DO INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO VOZES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO E NO MANEJO DA VIOLÊNCIA</b>	<b>199</b>
<b>APÊNDICE C –INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO VOZES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO E NO MANEJO DA VIOLÊNCIA</b>	<b>200</b>
<b>APÊNDICE D – TCLE DO ESTUDO PILOTO/PRÉ-TESTE DO QUESTIONÁRIO VOZES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO E NO MANEJO DA VIOLÊNCIA</b>	<b>202</b>
<b>APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO FINAL VOZES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO E NO MANEJO DA VIOLÊNCIA</b>	<b>203</b>
<b>APÊNDICE F – TCLE DO ESTUDO TRANSVERSAL</b>	<b>206</b>
<b>APÊNDICE G – SIMULAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO VARIÁVEIS AMPLAMENTE UTILIZADAS EM ESTUDOS SOBRE O PERFIL DOS TRABALHADORES DA APS NO BRASIL</b>	<b>207</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>208</b>
<b>ANEXO A – PARECER CEP</b>	<b>209</b>

## APROXIMAÇÃO COM O TEMA

Escrever este capítulo é, para mim, um exercício de honestidade intelectual e afetiva. Ao optar por me apresentar em primeira pessoa, assumo que esta pesquisa não nasce apenas de uma inquietação acadêmica, mas de uma trajetória de vida profundamente atravessada por experiências pessoais, familiares e sociais que moldaram o meu olhar sobre a violência, o cuidado e a saúde pública. Tenho apenas 21 anos, mas vivi intensamente situações que me fizeram amadurecer cedo, sobretudo em relação ao sofrimento psíquico e à violência autoprovocada. Durante a adolescência, enfrentei períodos marcados por dor, silêncios e tentativas de lidar sozinho com aquilo que eu ainda não conseguia nomear. A violência contra mim mesmo fez parte desse percurso, e reconheço que atravessar essa fase só foi possível graças ao amor, à presença e ao cuidado da minha família. Foi no vínculo familiar que encontrei sustentação quando a vida parecia insuportável. Dentre essas presenças, uma se tornou central e fundante: a do meu avô materno, carinhosamente chamado por todos de Vei Dedé. O Vei Dedé partiu no ano passado, aos 92 anos, mas segue sendo a referência mais sólida de cuidado que já conheci. Mais do que um avô, ele foi o pai mais presente que um avô poderia ser. Sua presença era cotidiana, silenciosa e constante. Com ele, aprendi que o cuidado não se faz apenas com palavras, mas com permanência. O Vei Dedé me ensinou a observar, a respeitar o tempo do outro e a compreender que o silêncio, muitas vezes, comunica mais do que qualquer discurso. Sua escuta atenta e seu jeito firme, porém afetuoso, moldaram profundamente a pessoa que sou hoje. Sempre convivi intensamente com pessoas idosas. Cresci cercado pelos meus avós paternos e maternos, e essa convivência estruturou meu modo de ver o mundo. Da minha avó materna, Maura, aprendi a firmeza, a dignidade e o senso de justiça, aliados à capacidade de acolher mesmo nos dias difíceis. Da minha avó paterna, Alaíde, levo comigo a leveza e a alegria, presentes mesmo diante das adversidades. Do meu avô Raimundo, aprendi a importância de permanecer em silêncio e observar, entendendo que nem toda resposta precisa ser imediata e que o cuidado também se expressa na contenção.

Moro em um condomínio residencial há 21 anos, o mesmo desde que nasci. Esse espaço, que acompanha toda a minha trajetória de vida, tornou-se também um território de observação cotidiana das relações familiares e intergeracionais, tão diferentes da minha experiência familiar. Foi nesse cenário aparentemente comum que passei a

testemunhar situações que sempre me causaram profundo incômodo ético e humano. Vi idosos sendo maltratados pelos próprios filhos, privados de autonomia, desrespeitados em suas decisões e, em alguns casos, tendo seus recursos financeiros apropriados. *Essas experiências me confrontaram com a naturalização da violência intrafamiliar contra a pessoa idosa e com sua invisibilidade social, inclusive no campo da saúde.* Minha formação inicial é em cinema. Desde cedo, compreendi o poder das imagens, das narrativas e da comunicação como ferramentas de sensibilização e transformação social. No entanto, sempre senti que essa formação precisava dialogar com a saúde, com a prevenção e com o fortalecimento de direitos.

O desejo de unir comunicação e saúde não surgiu de forma abstrata, mas da vivência concreta nos territórios, nas famílias e nos serviços. Desde a infância, acompanhei minha mãe em pesquisas e ações de extensão relacionadas ao HIV/aids, convivendo com públicos historicamente marginalizados, como profissionais do sexo, travestis e homens que fazem sexo com homens. Posteriormente, participei de atividades de extensão com pessoas idosas, em espaços como a Casa de Nazaré e a Inspeção Maria Teresa. Essas experiências me ensinaram, ainda muito jovem, que as desigualdades sociais atravessam os corpos e produzem adoecimento, sofrimento e silenciamento.

Em 2023, tive a oportunidade de integrar um trabalho em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), voltado à mobilização social e ao advocacy para o acompanhamento de pesquisas em tuberculose. Essa experiência ampliou minha compreensão sobre a importância da participação social, da comunicação estratégica e do engajamento comunitário como elementos centrais da saúde pública. Foi nesse processo que aprofundei meu interesse pelas estratégias de Informação, Educação e Comunicação (IEC) como dispositivos capazes de aproximar conhecimento técnico, prática profissional e realidade territorial. Ao longo dessas vivências, tornou-se evidente para mim que a violência — seja interpessoal, intrafamiliar ou autoprovocada — atravessa silenciosamente a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Profissionais lidam cotidianamente com situações complexas, carregadas de sofrimento, medo e insegurança, muitas vezes sem formação adequada, sem suporte institucional e sem ferramentas que os auxiliem no manejo desses casos.

É desse lugar, atravessado pelo vivido, pelo afeto e pelo compromisso ético com a saúde coletiva, que emerge esta pesquisa. O incômodo que me move não é apenas

acadêmico; é humano, político e social. Transformar essas experiências em problema de pesquisa foi uma forma de dar sentido ao que vivi e de contribuir para o fortalecimento da Atenção Primária como espaço de acolhimento, escuta e enfrentamento da violência. Reconheço que meu lugar no campo — como jovem pesquisador, estudante e sujeito atravessado pela temática — influencia minhas escolhas, perguntas e interpretações. Assumir essa posição de forma reflexiva é parte do rigor que sustenta esta pesquisa qualitativa e do compromisso com uma ciência que não se afasta da vida, mas que nasce dela

## 1. INTRODUÇÃO

A violência é um problema de múltiplas causas, de grande impacto epidemiológico, pessoal e social. A sociedade vem sendo violenta desde a Antiguidade. No entanto, as formas de violência foram se modificando ao longo do tempo, pois acompanham os padrões sociais estabelecidos em cada época. Apesar do mito da cordialidade Brasileira, a violência sempre esteve presente na sociedade desde a colonização do país, seja na aculturação dos povos nativos, na escravidão dos negros ou na ditadura militar de 1964 (Minayo, M. C. D. S., 2006b), até o surgimento de manifestações de *Black Bloc* no final do século XX (Joia and Soares, 2018) e da recente invasão do Palácio do Planalto, em 2023 (Barbosa, 2023).

De acordo com o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde a violência é o uso deliberado de força física ou autoridade direcionada a si mesmo, a terceiros, ou a um conjunto de indivíduos, seja por meio de ameaças ou de ações concretas, resultando na possibilidade ou concretização de danos físicos, falecimento, trauma psicológico, prejuízo ao desenvolvimento ou privação (Krug, E. G. *et al.*, 2002a; Dahlberg, Linda L. and Krug, Etienne G., 2006). Nesse contexto, além da violência física e sexual praticada desde a Antiguidade, foram sendo reconhecidos outros tipos de violência, como a simbólica, que é decorrente de relações de poder e está intimamente ligada a conceitos como capital cultural, capital simbólico, *habitus* e campo social — pois a violência simbólica opera por meio de estruturas sociais internalizadas que parecem “naturais” para os indivíduos (Thiry-Cherques, 2006) e inclui a violência psicológica, *bullying* e assédio moral; até a atual violência digital (*cyberbullying*, *haters*, dentre outros) (Quadrado and Ferreira, 2020).

Os impactos da violência são amplos. Os custos vão além de gasto financeiro com despesas nos cuidados de saúde, afetam a economia por meio de absenteísmo, produtividade perdida e encarceramento. Além disto, há dor e sofrimento humanos, que são incalculáveis (Dahlberg, Linda L. and Krug, Etienne G., 2006). Nesse contexto, a violência se apresenta como um problema de saúde pública, e sua repressão deve incluir não apenas a adoção de medidas qualificadas de proteção aos direitos humanos, mas

também medidas de prevenção, participação da sociedade e a integração de políticas sociais, como dita o conceito de segurança cidadã (Oliveira, D. C. N. D. *et al.*, 2022).

Contudo, a falta de identificação e manejo correto dos casos contribui para a manutenção do problema, o que gera consequências para a saúde não apenas das vítimas, mas para a sociedade (Who, 2016; Leite and Fontanella, 2019). A pandemia do COVID-19 demonstrou como a violência é frequente e quanto ela ainda é invisível, em especial a violência intrafamiliar, não só no Ceará e no Brasil, mas em todos os continentes (Ghimire *et al.*, 2020; Calderon-Anyosa *et al.*, 2021; Rawat *et al.*, 2021; Chagas *et al.*, 2022; Nogueira, 2022; Oliveira, F. V. A. D. *et al.*, 2022).

Neste cenário, o setor de saúde deveria ser uma das principais vias de detecção e ponto de denúncia da violência, dado ao ser caráter de articulador do atendimento integrado com foco na humanização na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo (Coelho and Jorge, 2009; Oliveira and Pereira, 2013; Who, 2016; Barros *et al.*, 2019; Da Cunha Moreira and Da Silva, 2019; Alarcon *et al.*, 2021; Gonsalves and Schraiber, 2021; Odorcik *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2023).

Os profissionais de saúde, em especial da Atenção Primária à Saúde (APS), têm um papel crítico para a o enfrentamento da violência, pois é nesse nível de atenção à saúde que existe o vínculo da equipe com a população, o acompanhamento longitudinal das famílias e a realização de abordagens de forma integral (Coelho and Jorge, 2009; Oliveira and Pereira, 2013; Da Costa Marinho and Aguiar, 2019; Geremia, 2020). Desse modo, identificar e denunciar situações de violência, assim como abordar adequadamente e em tempo oportuno os casos identificados, é de suma importância. Contudo, o conhecimento adequado de sinais de violência e sobre a condução dos casos é fator primordial para realizar a prevenção do agravo, já que muitas vítimas da violência, independente do sexo ou da faixa etária, buscam o serviço de saúde para tratar de suas sequelas, que nem sempre estão visíveis (Barros *et al.*, 2019; Da Cunha Moreira and Da Silva, 2019; Alarcon *et al.*, 2021; Gonsalves and Schraiber, 2021; Odorcik *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2023).

Apesar do reconhecimento da APS como espaço estratégico de detecção e manejo da violência, persistem fragilidades na prática cotidiana dos profissionais de saúde, como desconhecimento sobre sinais e tipos de violência, despreparo para conduzir casos, falta de suporte institucional, receio de envolvimento pois por estarem inseridos nos territórios, isso pode ser fator de proteção ou de risco, o que pode influenciar na subnotificação dos casos (Da Costa Marinho and Aguiar, 2019; Leite and Fontanella, 2019; Alarcon *et al.*,

2021; Rodrigues *et al.*, 2023). Soma-se a isso, o desconhecimento sobre as diversas formas de violência por parte dos profissionais de saúde, assim como o despreparo para conduzir os casos (Freitas *et al.*, 2017; Rodrigues *et al.*, 2023). Esses fatores contribuem para a invisibilidade e perpetuação da violência nas comunidades, evidenciando a necessidade de estratégias educativas inovadoras e integradas (Rodrigues *et al.*, 2023).

A violência exige ações concretas de mitigação. A mitigação de um evento consiste na busca de reduzir ou aliviar o efeito de algo. O desenvolvimento e uso de estratégias de informação, educação e comunicação (IEC), utilizando o marketing social, tem o potencial de preencher essa lacuna na formação e atualização dos profissionais da APS sobre a temática da violência (Walsh *et al.*, 1993; Griffiths *et al.*, 2009; Rodrigues *et al.*, 2023).

A temática de marketing social ainda é escassa na saúde pública. A prática do marketing social pode ser utilizada de forma inovadora para resolver problemas, envolvendo muitas partes interessadas com foco na mudança de comportamento. Fazer uso do marketing social, que consiste em aplicar princípios de marketing para promover ideias, atitudes e comportamentos, de forma similar ao seu uso para venda de produtos aos consumidores (Liao, 2020; Opas, 2023).

Desde os anos 70, o marketing social evoluiu com sucesso para uma ferramenta de modificação de comportamento sendo usada por governos e organizações sem fins lucrativos para o bem social (Walsh *et al.*, 1993; Svenkerud and Singhal, 1998; Grier and Bryant, 2005; Lombardo and LéGer, 2007; Griffiths *et al.*, 2009; Pinkney *et al.*, 2020). Este conceito não é novo na saúde pública, tendo sido usado com foco em algumas doenças infecciosas, em especial na aids, entretanto ainda é pouco explorado no âmbito da violência (Walsh *et al.*, 1993; Svenkerud and Singhal, 1998; Grier and Bryant, 2005; Lombardo and LéGer, 2007).

O marketing social visa aumentar a aceitação de uma ideia ou prática social por grupos alvo a partir do design e do uso de programas tecnológicos e informacionais (Barboza and Costa, 2014; Da Silva and Mazzon, 2018; Liao, 2020; Barros and Sauerbronn, 2021). Tem por objetivo beneficiar não somente o fornecedor do serviço (no nosso caso, o setor saúde), mas também o público alvo (pessoas em situação de vulnerabilidade, tais como as vítimas de violência) e a sociedade (Grier and Bryant, 2005; Griffiths *et al.*, 2009; Barboza and Costa, 2014; Wilson *et al.*, 2015; Fletcher-Brown *et al.*, 2018; Liao, 2020).

Deste modo, este estudo parte do entendimento de que a APS desempenha papel estratégico na mitigação da violência ao articular parcerias intersetoriais entre saúde, educação, assistência social e justiça, reconhecendo a violência como fenômeno complexo e socialmente determinado. Essa atuação se ancora no princípio da coordenação do cuidado, atributo essencial da APS, que pressupõe a capacidade de organizar fluxos, integrar ações entre diferentes pontos da rede de atenção e setores externos ao sistema de saúde, assegurar a continuidade do cuidado e acompanhar longitudinalmente indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade (Starfield, 2002; Mendes and Akerman, 2007). Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, cabe à APS assumir a responsabilidade sanitária pelo território, atuando como ordenadora do cuidado e coordenadora das redes de atenção, evitando a fragmentação das respostas institucionais e a revitimização dos sujeitos em contextos de violência (Brasil, 2006; 2012; 2015).

Nesse sentido, há a necessidade de práticas coordenadas, intersetoriais e centradas na pessoa, consolidando a APS como eixo articulador das estratégias de prevenção, proteção e cuidado integral frente às múltiplas expressões da violência. Diante dessas lacunas, o marketing social surge como alternativa inovadora para capacitação e engajamento dos profissionais da APS no enfrentamento à violência.

## 2. JUSTIFICATIVA

Como discutido na introdução, a violência constitui uma realidade persistente em diferentes contextos sociais. As rápidas transformações do estilo de vida contemporâneo, aliadas às condições socioeconômicas precárias frequentemente observadas em países em desenvolvimento, têm contribuído para o aumento dos níveis de estresse e para uma maior incidência de violência interpessoal. No entanto, esse fenômeno não se restringe a tais países, manifestando-se também em nações desenvolvidas, ainda que sob formas e motivações distintas (Abt, 2017; Bernaski and Sochodolak, 2018; Joia and Soares, 2018).

No âmbito comunitário, além dos episódios de violência interpessoal letal—caracterizados por atos violentos que resultam na morte da vítima, como homicídios, feminicídios, linchamentos, assassinatos em conflitos entre grupos ou facções, chacinas e execuções em espaços públicos—também são frequentes os casos de violência interpessoal não letal, que envolvem agressões físicas, ameaças, violência sexual, roubos, furtos, bullying, violência virtual e outras formas de violência entre indivíduos ou grupos dentro da comunidade, cujas consequências não levam ao óbito, mas impactam significativamente o tecido social. Há que se considerar, ainda, o crescimento dos casos de violência autoprovocada, como tentativas de suicídio e autolesões, assim como a violência interpessoal doméstica ou intrafamiliar, que inclui agressões e abusos ocorridos no contexto familiar e que, muitas vezes, permanecem invisibilizados, mas possuem graves repercussões para as vítimas, para a dinâmica familiar e para a sociedade como um todo (Reichenheim *et al.*, 2015; Souza and Minayo, 2017; Minayo *et al.*, 2022).

O impacto epidemiológico da violência é evidenciado pela escala global e crescente. Anualmente, mais de um milhão de vidas são perdidas devido a atos de violência, enquanto muitas outras pessoas sofrem ferimentos não fatais como resultado de agressões auto infligidas, conflitos interpessoais ou episódios de violência em massa. De forma geral, estima-se que a violência seja uma das principais causas de óbito para indivíduos entre 15 e 44 anos no Brasil e em todo o mundo (Oms, 2014; Who, 2016; Cerqueira *et al.*, 2017; Cordeiro *et al.*, 2017; Cerqueira *et al.*, 2019; Cerqueira and Bueno, 2020; Cerqueira, 2021; Chagas *et al.*, 2022).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 revela que 18,3% das pessoas com 18 anos ou mais no Brasil foram vítimas de violência psicológica, física ou sexual, com maior

ocorrência na zona urbana e afetando principalmente mulheres jovens (Lemos *et al.*, 2019; Minayo *et al.*, 2022). No geral, os alvos mais comuns da violência e que estão constantemente presentes na atenção primária à saúde, são crianças, idosos e mulheres (Barros *et al.*, 2019; Da Cunha Moreira and Da Silva, 2019; Alarcon *et al.*, 2021; Gonsalves and Schraiber, 2021; Odorcik *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2023).

No Ceará, principalmente durante o período de pandemia, houve uma crescente de violência contra a mulher, de aproximadamente 43,5% de 2019 a 2020. Neste mesmo período, houve uma ampliação da ocorrência da violência doméstica contra crianças.(Chagas *et al.*, 2022). Embora as denúncias não tenham aumentado na mesma proporção. Isso pode estar associado ao fato de que a violência doméstica ocorre no ambiente privado das vítimas, muitas vezes em convivência com os agressores, que também são, por vezes, parentes da vítima, o que torna a denúncia mais difícil. Essa realidade pode resultar em um ciclo de violência geracional, uma vez que as crianças e adolescentes que vivenciam essas situações têm maior probabilidade de reproduzi-las em sua própria vida, dadas as influências peculiares do desenvolvimento que enfrentam (Marques *et al.*, 2020; Nogueira, 2022).

Diante desse cenário, é fundamental que as estratégias de enfrentamento da violência sejam sensíveis às particularidades regionais, contemplando os contextos culturais, sociais e institucionais do estado. Soluções adaptadas à realidade local têm maior potencial de impacto, pois consideram tanto as necessidades específicas da população quanto as estruturas disponíveis para o atendimento e a prevenção da violência.

Apesar de dados alarmantes, há que se considerar que eles são apenas a superfície dos casos, pois a subnotificação da violência é um grande empecilho para sua mitigação. Além disso, muitos casos de violência não são detectados. Mesmo quando identificados, frequentemente não são denunciados, seja por medo, vergonha ou coação, dificultando ainda mais o enfrentamento do problema (Alcantara *et al.*, 2016). Assim, mitigar a violência por meio da promoção da saúde exige um esforço intersetorial coordenado abordando as causas, promovendo a igualdade de gênero, fortalecendo as instituições e infraestruturas, e adotando uma abordagem holística para melhorar a qualidade de vida das comunidades. Essa abordagem não apenas contribui para o alcance dos ODS 9, 5 e 16, mas também para a construção de sociedades mais seguras e saudáveis em todo o mundo (Kronemberger, 2019; Miranda *et al.*, 2023; Onu, 2023).

Quando pessoas são expostas à violência, não sofrem apenas ferimentos físicos, mas também impactos emocionais e prejuízos nas suas relações sociais, o que aumenta a procura por serviços de saúde. Para além da violência física, a violência simbólica (psicológica/moral) é muito presente e mais difícil de se notar, pois tanto pode ser uma violência por si só como por exemplo uma desmoralização, como também um resultado de uma violência física (Fiorini and Boeckel, 2021). Por isso, a prevenção é fundamental em todas as etapas: antes que a violência aconteça, com ações de conscientização e proteção (prevenção primária); logo após o ocorrido, com atendimento imediato e acolhimento (prevenção secundária); e também ao longo do tempo, oferecendo suporte contínuo para reduzir traumas e possíveis sequelas (prevenção terciária) (Krug *et al.*, 2003; Dahlberg, Linda L. and Krug, Etienne G., 2006). Desse modo, um olhar diferenciado do profissional é fundamental para reconhecer esses casos (Da Cunha Moreira and Da Silva, 2019; Gonsalves and Schraiber, 2021; Rodrigues *et al.*, 2023).

A APS é a porta de entrada do sistema de saúde, devendo ofertar atenção integral realizada em rede, e, muitas vezes, as vítimas de violência buscam o serviço por sequelas da violência sem expor as reais causas da necessidade de saúde. Apesar de os serviços de saúde serem essenciais para enfrentar a violência, muitos estudos relatam que o setor apresenta limitações e fragilidades para reconhecer situações de violência e prevenir novos casos (Paim, 2003; Porto *et al.*, 2014).

Os profissionais que atuam na APS geralmente possuem dificuldades não apenas para identificar, mas também para lidar com muitas situações de violência que se apresentam no seu cotidiano de trabalho, o que corrobora para a invisibilidade e perpetuação de casos de violência (Costa *et al.*, 2015; Leite and Fontanella, 2019). O déficit de conhecimento por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) em relação à violência e a como se conduzir frente a um caso, gera uma série de desafios. Isso vai além da mera incapacidade de identificar casos de violência; também envolve dificuldades na abordagem e no tratamento dessas situações (Da Cunha Moreira and Da Silva, 2019; Gonsalves and Schraiber, 2021; Rodrigues *et al.*, 2023).

Essa lacuna de conhecimento contribui para a persistência do problema e acarreta implicações não apenas para a saúde da vítima, mas também para a sociedade como um todo. Diante do exposto, considera-se que o déficit no preparo adequado entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para identificar e manejar casos de violência agrava o problema, evidenciando a necessidade de uma ferramenta de

Informação, Educação e Comunicação (IEC) específica. E o uso do marketing social como estratégia educativa se justifica por sua capacidade de promover mudanças comportamentais em grupos específicos, ao adaptar princípios de comunicação e engajamento social ao contexto da saúde pública.

Assim, a pergunta de pesquisa deste estudo é: *Qual é o nível de preparo dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para o manejo da violência, quais são suas necessidades formativas e de que modo o perfil profissional se associa ao potencial de engajamento em estratégias educativas, especialmente digitais, no contexto da APS?* E nossa hipótese é que profissionais da APS apresentam preparo heterogêneo para o manejo da violência, com lacunas formativas associadas a menores níveis de prontidão; entretanto, demonstram elevado potencial de engajamento em estratégias educativas, especialmente digitais, sendo esse engajamento influenciado pelo perfil profissional, pela experiência prévia e pela disposição para formação..

Esses elementos complementam a justificativa ao conectar as necessidades do público-alvo com os objetivos do estudo, propondo uma solução prática e baseada em evidências. Diante das considerações expostas a respeito dos efeitos do desconhecimento dos profissionais de saúde sobre conceitos, fluxos e processos no atendimento à pessoa vítima de violência, este estudo se justifica pela necessidade de difundir informações para os profissionais da APS sobre conceitos, fluxos e processos no atendimento à pessoa vítima de violência. Portanto, o desenvolvimento de uma ferramenta de IEC baseada em marketing social representa uma estratégia promissora para superar o déficit de conhecimento dos profissionais da APS e mitigar a subnotificação da violência, promovendo a identificação precoce e o encaminhamento adequado dos casos.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Geral**

Analisar o preparo, as necessidades formativas e o potencial de engajamento de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no manejo da violência.

#### **3.2. Específicos**

- I. Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, considerando formação, categoria profissional e experiência prévia com situações de violência.
- II. Avaliar o nível de preparo dos profissionais da APS para o manejo da violência, identificando fragilidades e potencialidades na prática assistencial.
- III. Analisar Identificar as necessidades formativas dos profissionais da APS, considerando experiências prévias de capacitação, conhecimento normativo-operacional e disposição para formação.
- IV. Examinar o potencial de engajamento e atratividade de ferramentas educativas, especialmente digitais, para capacitação no manejo da violência.
- V. Verificar associações entre perfil profissional, preparo, necessidades formativas e engajamento, identificando fatores relacionados à maior prontidão e interesse em estratégias de formação no contexto da APS.

#### **4. VIOLÊNCIA: um fenômeno complexo**

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, a violência é definida como a aplicação deliberada de força física ou autoridade, dirigida a si mesmo, a outros indivíduos, ou a um grupo de pessoas, seja por meio de ameaças ou ações concretas. Isso pode resultar em danos físicos, morte, trauma psicológico, prejuízo ao desenvolvimento ou privação (Krug, Etienne G *et al.*, 2002; Oms, 2002; Sacramento and Rezende, 2006; Oms, 2014; Who, 2016; Sarabia, 2018; Santos, 2021).

A violência é uma questão social e não pertencente a nenhuma classe ou setor específico e, tem o Estado como um dos principais atores de ações que têm o potencial para mitigação e, por vezes, produção da mesma, assim como grupos não estatais e outros grupos soberanos como o crime (Oms, 2014; Who, 2016).

A grande maioria das pessoas, tende a pensar que a violência está exclusivamente ligada à criminalidade, o que é um grande equívoco, já que assim limitam a violência a atos produzidos por desconhecidos, levando assim a imaginar que problemas violentos com conhecidos ou até mesmo familiares não sejam considerados como atos de violência (Krug, Etienne G *et al.*, 2002; Oms, 2002; Krug *et al.*, 2003; Dahlberg, Linda L and Krug, Etienne G, 2006; Oms, 2014). De modo semelhante, para estas pessoas a violência se refere a algo grave, o que por muitas vezes exclui violência doméstica, abusos psicológicos e verbais, negligência dentre outras situações, que apesar de seu forte potencial para o adoecimento das vítimas, não são representadas como graves (Oms, 2002; Minayo, M. C. D. S., 2006b; Oms, 2014; Who, 2016). Tendo em vista esta visão limitada a violência psicológica, que é mais comum e menos visível acaba por ser ignorada. Assim, nesse panorama, é possível compreender o motivo da invisibilidade atual da questão da violência.

##### **4.1. Tipologia e natureza da violência**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência em uma tipologia de três grandes grupos, baseada em quem comete e quem sofre a violência (Minayo, 1994; Krug, Etienne G *et al.*, 2002; Oms, 2002; Minayo, M. C. D. S., 2006b; Oms, 2014). Considerando o agressor, a violência pode ser perpetrada por indivíduos conhecidos ou desconhecidos da vítima. Em relação a quem é vítima, divide-se didaticamente em

individual ou coletiva (Minayo, 1994; Krug, E. G. *et al.*, 2002a; Minayo, M. C. D. S., 2006a; b; Who, 2016). Assim, a violência quanto a tipologia é classificada em três tipos (QUADRO 1).

#### Quadro 1 - Tipologia da violência.

Tipologia da violência	O que são
Individual contra si próprio	Violência autoprovocada ou auto infligida que envolve comportamento suicida, incluindo a ideação suicida, tentativas de suicídio, autoagressões e suicídios
Individual contra outrem	Violência interpessoal que engloba tanto violência doméstica ou intrafamiliar e a comunitária
Coletiva contra outrem	Violência coletiva que abrange os subtipos social, política e econômica e que decorre da ação de grupos políticos, milícias, grupos terroristas e facções criminosas

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos referenciais da Saúde Coletiva, nos determinantes sociais da saúde e na literatura sobre violência como problema de saúde pública, a partir de Minayo (2005), Paim *et al.* (2009) e documentos do Ministério da Saúde relacionados à vigilância e à atenção às violências no âmbito do Sistema Único de Saúde bem como da Organização Mundial da Saúde.

A natureza da violência é definida pelo tipo de ato violento e impacto na vítima (Minayo, 1994; Krug, Etienne G *et al.*, 2002; Minayo, M. C. D. S., 2006b; Who, 2016). Em relação à natureza da violência a OMS as distingue quatro naturezas (QUADRO 2).

#### Quadro 2 - Naturezas da Violência.

Naturezas da violência	O que são
Violência física	É o uso da força física de forma intencional e não acidental com objetivo de ferir outra pessoa, também inclui ferimentos por arma de fogo e brancas
Violência psicológica/moral	Engloba toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, humilhações que cause danos à identidade da pessoa, à sua autoestima ou ao seu desenvolvimento pessoal
Violência sexual	É qualquer ação na qual uma pessoa força outra de qualquer sexo ou idade a experimentar, presenciar ou participar de qualquer maneira de interações sexuais ou a utilizar de sua sexualidade para fins de vingança, lucro ou outra intenção
Violência financeira/econômica	É o ato violento que implica em dano, perda, subtração, destruição ou retenção de bens e valores de outrem

**Fonte:** Elaboração própria, fundamentada em documentos normativos e diretrizes da Organização Mundial da Saúde e da Atenção Primária à Saúde, especialmente a Política Nacional de Atenção Básica, e em referenciais teóricos sobre coordenação do cuidado e organização dos sistemas de saúde, conforme Starfield (2002), Mendes (2011) e Brasil (2017).

Além desta classificação padrão ou mais conhecida entre a população leiga, há ainda violência cujo ato violento é caracterizado fora dos citados anteriormente (QUADRO 3) (Minayo, 1994; Krug, Etienne G *et al.*, 2002; Minayo, M. C. D. S., 2006b; Who, 2016).

**Quadro 3** - Outras classificações de violência.

<b>Outras classificações</b>	<b>O que são</b>
Negligência/abandono	Consiste na omissão pela qual se deixa de prover necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da vítima
Tortura	É o ato de constranger alguém com uso da força ou grave ameaça causando-lhe sofrimento físico ou mental
Violência por intervenção legal	Se trata de intervenções de agentes legais, ou seja, representantes do estado com uso exagerado da força
Tráfico de seres humanos	Consiste em toda e qualquer movimentação de pessoas por meio de engano ou coerção com o fim último de explorá-las
Trabalho infantil	É o conjunto de ações e atividades feitas por crianças que as impeçam de viver plenamente sua infância e adolescência

**Fonte:** Elaboração própria, a partir de documentos nacionais e internacionais sobre prevenção da violência e promoção da saúde, considerando estratégias intersetoriais e territoriais, conforme Minayo (2005), Organização Mundial da Saúde (2014) e diretrizes do Ministério da Saúde para a atuação em redes de atenção à saúde.

Além de suas naturezas e tipologias, a violência também pode ser classificada em relação a qual grupo ou pessoa ela é direcionada (Minayo, 1994; Krug, Etienne G *et al.*, 2002; Minayo, M. C. D. S., 2006b; Who, 2016), sendo mais usual entre grupos mais vulneráveis tais como idosos, indígenas, crianças, mulheres, deficientes, população negra e população LGBTQIA+ (Barros *et al.*, 2019; Da Cunha Moreira and Da Silva, 2019; Alarcon *et al.*, 2021; Gonsalves and Schraiber, 2021; Odorcik *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2023). Entretanto, todo indivíduo, independente de situação de vulnerabilidade pode ser afetado pela violência.

## 4.2. Epidemiologia da violência no Brasil e no Ceará

A violência possui diferentes apresentações epidemiológicas dependendo do tempo e espaço. Entretanto, a violência física decorrente de agressão é o tipo de violência mais comumente presente no imaginário popular, sendo a mais comum e com maior impacto na mortalidade da população (Trindade *et al.*, 2015; Flasco, 2018; Aarten and Liem, 2021; Aburto *et al.*, 2021).

O Ceará tem apresentado um cenário mais delicado para as mortes que agressão que o Brasil. Levando em consideração os dados obtidos no SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), no período de 2014 e 2017 houve uma crescente dos óbitos decorrente de agressões tanto no país (com pico o ano de 2017, com 63748 óbitos) quanto no Ceará (com dois picos 2013-14 e 2017, 4625 e 5432 óbitos, respectivamente (GRÁFICO 01 E 02). Destaque-se que neste período ocorrem: 1. O movimento *Black Bloc* dos anos de 2013 e 2014 no país (Joia and Soares, 2018) e 2. pela crescente de CVLI (crimes violentos letais e intencionais) no Ceará que houve durante as revoluções em presídios que antecederam os programas de paz definidos pelo governo (GRÁFICO 1) (Paiva, 2019; Oliveira *et al.*, 2020; Oliveira, F. V. A. D. *et al.*, 2022).

**Gráfico 1** – Distribuição dos óbitos por agressões no Brasil, segundo ano de ocorrência (2000-2022). Brasil, 2024.



**Fonte:** TABNET - MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

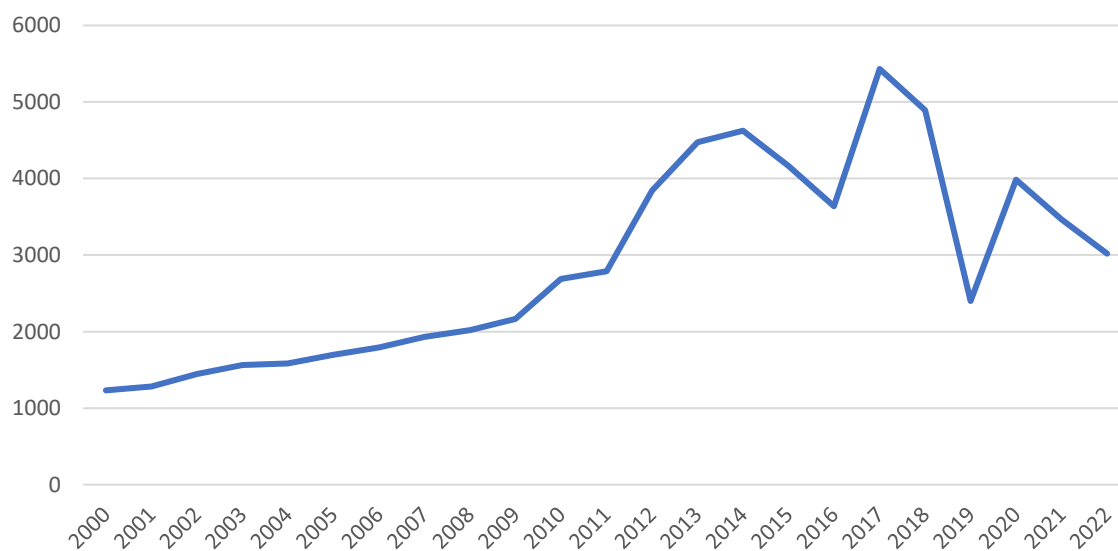
**Nota:**

1. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "[Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011](#)".

2. No dia 13/06/2019, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2017 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 2 registros e exclusão de 1 registro.
3. No dia 01/04/2020, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2019 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 4 registros e exclusão de 1 registro.

A regressão dos óbitos decorrentes de violência interpessoal por agressão entre 2020 e 2022 necessita ser refletida, posto que durante a pandemia (GRÁFICO 01 e 02) ocorreu menor circulação de pessoas e, com isto, redução da violência comunitária. Entretanto, os casos relacionados à violência intrafamiliar parecem ter sido os que mantiveram os patamares de mortalidade não apenas no Ceará e no Brasil, mas também em todos os continentes (GRÁFICO 2) (Ghimire *et al.*, 2020; Calderon-Anyosa *et al.*, 2021; Rawat *et al.*, 2021; Chagas *et al.*, 2022; Nogueira, 2022; Oliveira, F. V. A. D. *et al.*, 2022).

**Gráfico 2** – Distribuição dos óbitos por agressões no Ceará, segundo ano de ocorrência (2000-2022). Brasil, 2024.



**Fonte:** TABNET - MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

**Nota:**

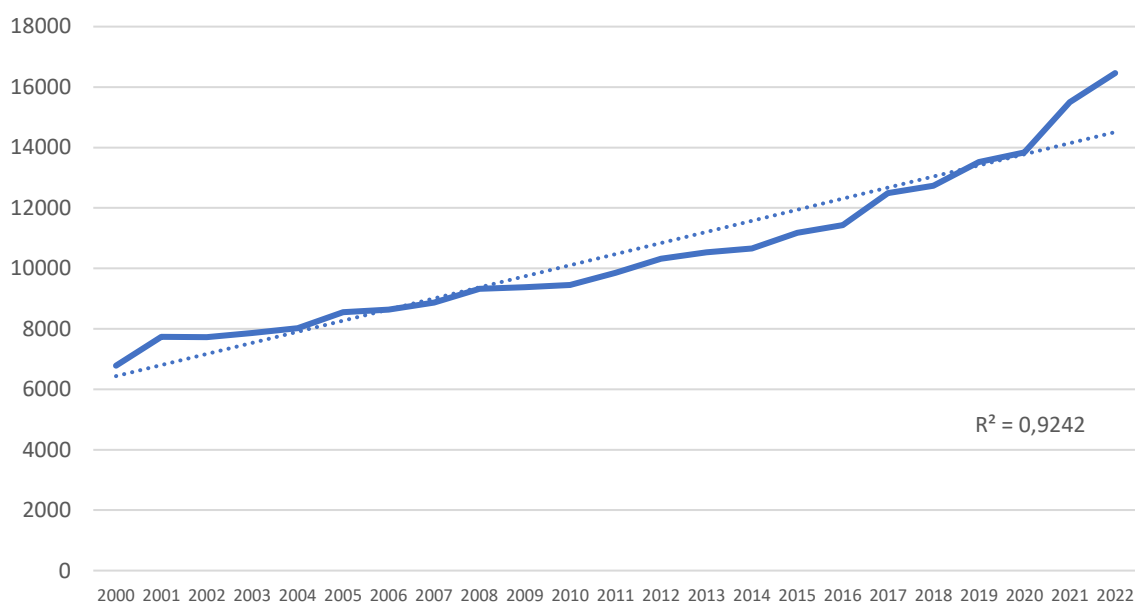
1. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "[Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011](#)".
2. No dia 13/06/2019, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2017 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 2 registros e exclusão de 1 registro.
3. No dia 01/04/2020, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2019 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 4 registros e exclusão de 1 registro.

Para além das mortes por agressão, há que se considerar que a violência auto infligida vem se tornando algo cada vez mais preocupante no Brasil e no Ceará, em

especial após a pandemia com o incremento do adoecimento psíquico, em especial a depressão, considerada a doença do século (Agha, 2021; Ariapooran *et al.*, 2022). É visível o crescimento constante desses casos tanto no Brasil quanto no Ceará (GRÁFICO 03 e 04).

Levando em consideração os dados obtidos no SIM, no Brasil, observa-se uma tendência linear constante de crescimento com forte associação ( $R^2=0,92$ ). No Ceará, embora também seja observada tendência linear constante de crescimento com forte associação ( $R^2=0,80$ ), há picos de óbitos por esta causa, em especial no ano de 2021 quando atingiu seu pico máximo (823 casos). Após 2020, houve um crescimento atenuado, que é justificado pela pandemia, um período o qual muitas pessoas se viram sem uma perspectiva de futuro (Aguiar *et al.*, 2022; Soares *et al.*, 2022).

**Gráfico 3** – Distribuição dos óbitos por lesões autoprovocadas no Brasil , segundo ano de ocorrência (2000-2022). Brasil , 2024.

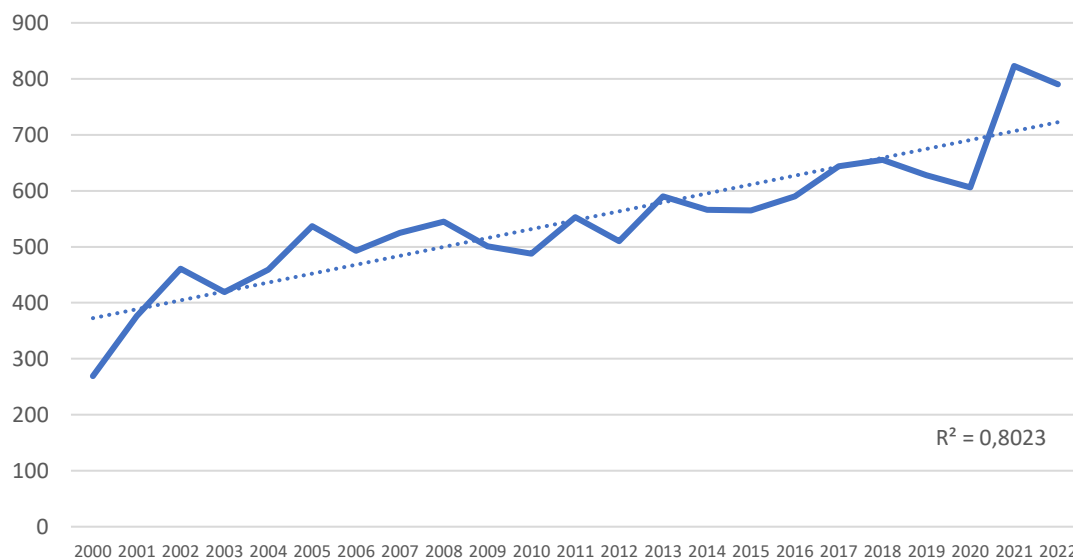


**Fonte:** TABNET - MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

**Nota:**

1. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "[Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011](#)".
2. No dia 13/06/2019, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2017 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 2 registros e exclusão de 1 registro.
3. No dia 01/04/2020, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2019 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 4 registros e exclusão de 1 registro.

**Gráfico 4** – Distribuição dos óbitos por lesões autoprovocadas no Ceará, segundo ano de ocorrência (2000-2022). Brasil, 2024.



**Fonte:** TABNET - MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

**Nota:**

1. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "[Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011](#)".
2. No dia 13/06/2019, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2017 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 2 registros e exclusão de 1 registro.
3. No dia 01/04/2020, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2019 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 4 registros e exclusão de 1 registro.

Embora, desde o século passado, a pesquisa sobre a violência familiar tenha começado a receber atenção, no geral o seu foco não é em como mitigar o problema e sim entender o motivo. Mesmo que os estudos que tratam a violência de modo epidemiológico sejam poucos, seja pela dificuldade em coletar dados ou até mesmo apreensão de estar no ambiente das delegacias (Dossi *et al.*, 2008), temos noção de que a violência é sim uma epidemia, e sim deve ser tratada principalmente no Ceará no qual cada vez mais a violência vem afetando a saúde de famílias mental e fisicamente (Vieira *et al.*, 2009; Mpce, 2021; Chagas *et al.*, 2022; Oliveira, F. V. A. D. *et al.*, 2022).

Diante deste cenário, o Brasil tem acompanhado os esforços mundiais na tentativa de mitigar as mortes por violência, tendo seu marco inicial na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e em 2015 nas ações de atenção

à urgência e emergência (Brasil, 2000; GonçAlves and De Oliveira, 2015; Konder and O'dwyer, 2015).

Desde a virada do milênio nos anos 2000, a humanidade percebeu que aos poucos as chances de sobrevivência têm sido reduzidas, e decidiu tomar providências para que as causas da nossa possível extinção sejam controladas através da estruturação dos ODM de 2000 (Objetivos Do Milênio) (Kronemberger, 2019; Miranda *et al.*, 2023; Onu, 2023).

## 5. MITIGAÇÃO DA VIOLÊNCIA

As estratégias de mitigação da violência desenvolvidas na América Latina e no Brasil não podem ser compreendidas de forma dissociada de seus contextos históricos, marcados por profundas desigualdades sociais, processos de urbanização acelerada, heranças autoritárias e persistentes violações de direitos humanos. Nesse cenário, as respostas institucionais ao fenômeno da violência foram sendo construídas de maneira gradual, combinando políticas de segurança pública, iniciativas de proteção social, reformas no campo da saúde, da educação e da assistência social, bem como a ampliação de marcos legais voltados à garantia de direitos de grupos historicamente vulnerabilizados. A partir dos anos 2000, essas estratégias passaram a dialogar de forma mais sistemática com a agenda internacional de desenvolvimento, inaugurada pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que, embora não tratassem a violência de modo explícito, contribuíram para sua mitigação ao incidir sobre determinantes estruturais como pobreza, fome, desigualdade de gênero, acesso à educação e condições de saúde.

A agenda global de enfrentamento das desigualdades e da violência foi estruturada a partir dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas em 2000, que definiram oito objetivos centrais voltados à redução da pobreza extrema, à promoção da educação, da igualdade de gênero, da saúde materno-infantil e ao combate a doenças, reconhecendo implicitamente que tais fatores constituíam determinantes estruturais da violência, especialmente nos países da América Latina e do Sul Global (Santos, 2021; Miranda *et al.*, 2023).

Passados 15 anos, esses objetivos foram ampliados, redesenhados e aprofundados com a formulação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS, que passaram a incorporar de modo explícito a promoção da paz, da justiça social, do fortalecimento institucional e da redução das violências em suas múltiplas expressões, especialmente por meio do ODS 16. Embora os ODM não abordassem a violência de forma direta e explícita, suas metas contribuíram para a mitigação do fenômeno ao incidir sobre as condições sociais, econômicas e sanitárias que historicamente alimentam ciclos de exclusão, vulnerabilidade e conflitos. Os ODS representam não uma ruptura, mas uma evolução da agenda iniciada em 2000, ao reconhecer que a mitigação da violência exige

estratégias intersetoriais, sustentáveis e historicamente contextualizadas, alinhadas às realidades sociais de países como o Brasil (Santos, 2021; Miranda *et al.*, 2023).

**Figura 1** - Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS).



**Fonte:** OMS, UNICEF. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>.

Considerando a questão da violência, o ODS 16 denominado “Paz, Justiça e Instituições Eficazes” tem como objetivo a promoção de paz através da busca sociedades pacíficas e inclusivas visando assim um desenvolvimento sustentável, que promovam o acesso universal à justiça e erguendo instituições aptas, eficientes e inclusivas em todos os âmbitos. Nesta perspectiva, a meta 16.1 que propõe a redução de todas as formas de violência expressivamente e com isto a redução das taxas de mortalidade é a mais importante visando a mitigação da violência (Kronemberger, 2019). Para tanto, diversos esforços vêm sendo desenvolvidos.

Sabe-se que a juventude é o segmento o mais afetado pela violência, e por assim o ser estratégias que os inclua tem potencial para o cumprimento da meta 16.1 do ODS. No contexto latino-americano e brasileiro, a materialização dessas estratégias pode ser observada na consolidação de marcos legais e políticas públicas que passaram a incorporar a violência como problema social, sanitário e de direitos humanos.

No Brasil, destacam-se o Estatutos, da Criança e do Adolescente, do idoso, da juventude, da pessoa com deficiência (Brasil, 1990; Federal, 2003; Brasil, 2013 ; Araujo and Costa Filho, 2015), que instituem a doutrina da proteção integral e redefiniu o papel do Estado na prevenção das violências; o Sistema Único de Saúde (SUS), ao reconhecer

a violência como agravo à saúde e estruturar redes de atenção integral às vítimas; e a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012; Amorim, 2020), que atribui à Atenção Primária à Saúde a responsabilidade sanitária sobre o território, fortalecendo ações de prevenção, identificação e encaminhamento de situações de violência. Soma-se a esse arcabouço a Lei Maria da Penha, referência internacional no enfrentamento da violência contra a mulher, ao articular medidas protetivas, responsabilização jurídica e ações intersetoriais (Parodi and Gama, 2009). Em âmbito territorial, programas e iniciativas locais, como redes de proteção social, projetos de prevenção da violência juvenil e estratégias comunitárias de promoção da saúde, reforçam a importância de respostas contextualizadas e integradas, em consonância com os princípios dos ODM e, posteriormente, dos ODS, especialmente no que se refere à redução das desigualdades, à promoção da equidade e ao fortalecimento institucional.

Além do caso brasileiro, diversos países da América Latina têm desenvolvido estratégias próprias de mitigação da violência, ancoradas em seus contextos históricos, institucionais e sociais. No Chile, políticas de proteção social e fortalecimento da atenção primária, articuladas ao sistema de garantias de direitos, têm buscado reduzir desigualdades e prevenir violências por meio de intervenções territoriais e comunitárias, com destaque para reformas no sistema de saúde e programas de proteção integral à infância e à família (BáRcena *et al.*, 2018; García-Huidobro *et al.*, 2018).

Na Colômbia, iniciativas voltadas à construção da paz no período pós-conflito armado, à reparação integral das vítimas e à reintegração social evidenciam a centralidade da abordagem intersetorial e do fortalecimento institucional como estratégias de enfrentamento da violência estrutural (Galtung, 1996; Ley nº 1448 de 2011: Ley de víctimas y restitución de tierras, 2011; Oms, 2014). Em El Salvador, políticas públicas direcionadas à segurança cidadã e programas sociais voltados à juventude em territórios vulnerabilizados foram implementados como resposta aos elevados níveis de violência, ainda que marcados por tensões entre estratégias punitivas e ações de prevenção social (Cruz and Carranza, 2006; Hume, 2009).

Em conjunto, essas experiências latino-americanas reforçam que a mitigação da violência exige estratégias historicamente contextualizadas, sustentáveis e alinhadas às agendas globais inauguradas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e aprofundadas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, particularmente no que

se refere à promoção da paz, da equidade e do fortalecimento institucional (Santos, 2021; Onu, 2023).

Outro exemplo é o ThrYve (*Together Helping to Reduce Youth Violence for Equity*), iniciativa colaborativa dos Kansas nos Estados Unidos apoiada pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças e pelo Escritório de Saúde das Minorias do Departamento de Serviços Humanos, aponta caminhos para abordagem simultânea de múltiplos fatores de risco em todos os níveis socioecológicos e tem colaborado por meio de diversos fatores como os determinantes sociais e suportes intersetoriais com a mitigação da violência entre jovens (Watson-Thompson *et al.*, 2020).

Outra estratégia que foi implementada nos EUA, ocorreu em Chicago, cidade que tem um alto índice de violência, principalmente entre jovens, que tem como pensamento basilar que muitos dos jovens que fazem parte de movimentos violentos são desempregados, então, durante as férias de verão do ano de aplicação, foi feito um teste randomizado em que mudava o foco de remediar para prevenir que esses jovens entrassem em situações de violência, por meio da integração dos mesmos em empregos de verão. O teste teve uma boa resposta, com aproximadamente 43% da violência da área diminuindo em 16 meses (Heller, 2014).

### **5.1. Ações intersetoriais na busca da mitigação da violência**

No Brasil, na busca pela mitigação da violência, vários setores da esfera pública se mobilizaram como a educação, saúde, segurança, assistência social, dentre outras. Em relação à saúde, o elemento central foi a instauração da Política de Redução da Morbimortalidade por Violência e Acidentes (Brasil, 2000). No Brasil, na busca pela mitigação da violência, diversos setores da esfera pública mobilizaram-se de forma articulada, incluindo educação, saúde, segurança pública e assistência social, reconhecendo o caráter multifatorial e socialmente determinado desse fenômeno.

No âmbito da saúde, a violência passou a ser compreendida como agravo relevante ao perfil epidemiológico nacional, em estreita relação com as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), uma vez que produz mortes prematuras, incapacidades físicas e psíquicas, sofrimento crônico e impactos duradouros sobre as condições de vida e saúde da população (Brasil, 2021). Essa relação se expressa tanto pelos efeitos diretos das violências — como homicídios, agressões, acidentes e suicídios — quanto pela

sobreposição de determinantes sociais comuns, especialmente as desigualdades socioeconômicas, territoriais e raciais que estruturam o padrão de adoecimento no país sociais (Minayo, 2005; Paim *et al.*, 2009).

Nesse contexto, a institucionalização da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violência e Acidentes, em 2000, representou um marco ao inserir a vigilância, a prevenção e a atenção integral às vítimas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais recentemente, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021–2030) reafirma essa perspectiva ao reconhecer que a mortalidade por violências está profundamente associada às desigualdades sociais, demandando estratégias intersetoriais, territoriais e sustentáveis para sua mitigação, em consonância com os princípios da saúde coletiva e da equidade (Minayo, 2005; Paim *et al.*, 2009; Brasil, 2021; Oliveira, D. C. N. *et al.*, 2022).

Na educação, há que se destacar que foi criado em 2023, um grupo interministerial de trabalho para traçar protocolos capazes de mapear, evitar e reagir aos casos de violência no ambiente escolar. Em 2024, foi criado o Sistema Nacional de Acompanhamento e Combate à Violência nas Escolas (SNAVE), instituído pelo Ministério da Educação (MEC) em 2024 com o alvo de expandir a capacidade das escolas de promoverem ações de prevenção e resposta à violência em ambiente educacional.

No que se refere à segurança, os Planos Estaduais de Segurança Pública (PESP) são um grande exemplo da intersetorialidade na mitigação da violência. É proposto que qualquer PESP tenha em sua composição os níveis de prevenção social da violência:

- Primário (que antecede a situação de violência, e tem como meta evitar que a mesma aconteça, um exemplo é a rede CUCA (Centros Urbanos de Cultura, Arte, Ciência e Esporte) de Fortaleza, importante política socio-estrutural).
- Secundário (que tem como meta evitar o agravamento ou consolidação da violência, um exemplo são os programas de programas para jovens em regime semiaberto e grupos para mulheres em situação de violência).
- Terciário (que tem como objetivo evitar maiores danos e recuperar pessoas envolvidas em situações violentas, alguns exemplos são os programas de reintegração social de ex detentos que tem como objetivo diminuir a reincidência no crime).

O Ceará também possui experiências de sucesso na mitigação da violência. A Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência instituída em 2023, é

considerada transversal e está em consonância com outras políticas sociais, como Assistência Social, Educação, Segurança, Cultura, Desenvolvimento Social, Emprego, entre outras (Ceará, 2023). Para tanto, se propõe a promover o cuidado integral às pessoas em situação de violência, de forma descentralizada, regionalizada, em todos os pontos de atenção à saúde no Estado do Ceará e organizar uma Rede Assistencial, para melhorar o acesso em todos níveis de atenção à saúde. Neste sentido, pauta-se em três pilares:

- Rede Ponto de Luz - pontos de atenção da rede de serviços de saúde articulados, com a finalidade de garantir a assistência integral e holística;
- Núcleo de Prevenção à Violência nos Serviços de Saúde - cujo escopo é prover informações, orientações, articulação, apoio técnico para aos profissionais da saúde e às pessoas vítimas de violência;
- Programa de Prevenção à Violência e Cultura de Paz - iniciativas que devem ser desenvolvidas em múltiplos espaços, incluindo APS e escolas voltadas à criação de cultura de paz, redução de conflitos, comunicação não violenta (CNV), estratégias de prevenção além de qualificação dos profissionais no enfrentamento à violência.

Na segurança, um dos exemplos exitosos no estado do Ceará, foi o programa “Ronda do quarteirão”, ação criada em 2006 se baseia na criação de uma “nova polícia” que fosse mais próxima da população, e assim pudesse atender as suas demandas em relação à sua segurança. Levando em conta que o Ronda do quarteirão é um programa de polícia comunitária que tem um contato direto e frequente com sua população, ela muitas vezes por sua simples presença consegue ter um efeito de mitigação da violência geral, e também por estar rondando frequentemente na área consegue mitigar violências que estejam ocorrendo no momento, principalmente a violência doméstica (Barreira and Bastos Russo, 2012; Pinto *et al.*, 2012; Suliano and Oliveira, 2015; Araújo, 2019).

Outro exemplo foi a articulação de parcerias interinstitucionais que resultou no “Pacto por um Ceará Pacífico”, em 2015. O Pacto pauta-se na redução dos índices criminais e o aumento da segurança da população via implementação de atuações intersetoriais e interinstitucionais que harmonizaram a constituição de uma Cultura de Paz no Estado. Essas ações conglomeram elementos da segurança pública, mas não se restringem a eles e desdobra-se em a iniciativas voltadas à avanço do contexto urbano, ao amparo às populações vulneráveis e ao enfrentamento à violência, através de ação articulada, conectada e comum dos órgãos e entes públicas estaduais, municipais e federais, e da sociedade civil (Ceará, 2017).

Há ainda o PreVio (Programa Integrado de Prevenção e Redução da Violência) que é uma expansão do Pacto por um Ceará Pacífico tem o intuito de pensar na segurança da sociedade por meio da criação de políticas sociais, tem como objetivo qualificar a atuação do governo em relação à prevenção da violência e vulnerabilidades em relação à grupos específicos como: ex privados de liberdade; Crianças; Jovens; Adolescentes gestantes; Mulheres em situação de violência; População LGBTQIA+ (Ceará, 2024).

Em termos de assistência social, no Ceará, podemos citar alguns exemplos: tanto a nível de proteção social e educação quanto de segurança. A rede CUCA é uma rede de proteção social e de oportunidades tendo como meta o desenvolvimento das competências de jovens em situações de vulnerabilidade social por meio da disponibilização de acesso à educação, ao lazer, ao esporte, ao protagonismo juvenil, à arte, à cultura e a muitas outras atividades que ajudam no desenvolvimento desses jovens. O que diferencia o CUCA de todas as outras políticas de proteção social que o antecederam é o seu modelo de gestão e organização que conta com diversos serviços públicos integrados, como os Centros Especializados de Assistência Social (CREAS); Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); conselhos tutelares e postos de saúde, além de parcerias intersetoriais que habilitam o encaminhamento de jovens caso haja a necessidade (Anjos, 2015; Lima, 2021; Gadelha, 2023).

Com a disponibilização de atividades inclusivas e culturais, além de empregos e formações que tiram possíveis futuros ou recorrentes agressores e vítimas das ruas e de seu convívio violento, a rede CUCA contribui muito para que a violência, principalmente praticada por e contra jovens seja mitigada (Gadelha, 2023).

#### **5.1.1. Atenção primária à saúde como eixo norteador do cuidado e da mitigação da violência**

O modelo assistencial do Brasil pauta-se no atendimento integral e na atenção à saúde. No Brasil é dividida em três níveis: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária (Paim, 2003; Fertoni *et al.*, 2015; Demo *et al.*, 2019; Paim, 2019; Geremia, 2020; Mendonça *et al.*, 2020; Tasca *et al.*, 2020; Kirst and Darsie, 2021; Miles, 2021; Araujo and Mendes, 2022).

A atenção primária à saúde (APS), que tem como seu núcleo as Unidades Básicas de Saúde (UBS), é responsável pelos casos cotidianos e de baixa urgência, também é responsável pela maior parte das resoluções de casos principalmente por ter uma equipe

multiprofissional que trabalha para garantir que o território de sua unidade esteja saudável. Por assim o ser, os casos de violência de baixo potencial letal encontram na APS sua porta de entrada para atendimento e denúncia (Brasil, 2012; Oliveira and Pereira, 2013; Leite and Fontanella, 2019; Geremia, 2020).

A atenção primária, ou básica, tem como foco o cuidado do paciente tanto individualmente quanto coletivamente por meio das bases de cuidado: Humanização, acolhimento, estratégia saúde da família, promoção da saúde, dentre outras. Dentro da APS as equipes profissionais são denominadas majoritariamente, como:

- Saúde da família;
- Saúde da família ribeirinha;
- Prisionais;
- Consultórios na rua;
- Saúde bucal

A atenção secundária em saúde tem como seu núcleo as Unidades de Pronto Atendimento 24 h (UPA). As UPAS funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e é onde a maior parte dos casos de urgência e emergência são atendidas, incluindo as questões de violência grave que envolvem presença de lesões físicas. Além das UPAS, Policlínicas, hospitais e centros de atendimento com equipamentos para exames mais avançados, como ecocardiogramas e endoscopias são também parte da atenção secundária (Paim, 2003).

A atenção terciária em saúde tem como seu núcleo hospitais gerais de grande porte e hospitais universitários, responsáveis pela alta complexidade, incluindo casos de violência grave. Na atenção terciária são atendidos casos que não puderam ser resolvidos nem na APS nem na secundária. A atenção terciária tem a seu dispor UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), centros cirúrgicos e procedimentos que demandam tecnologia de ponta e/ou custos maiores, como por exemplo transplantes, oncologia e cirurgia cardiovascular.

Assim sendo, fortalecer a APS nas questões de violência contribui para que a violência cometida principalmente contra as populações mais vulneráveis como crianças, mulheres e idosos seja mitigada com o tempo (Kaiser and Bianchi, 2008; Wanderbroocke and Moré, 2012; Wanderbroocke and Moré, 2013; Borburema *et al.*, 2017; Egry *et al.*, 2018; D'oliveira *et al.*, 2020).

### **5.1.1.1. Políticas nacionais na atenção primária à saúde e seu potencial para mitigação da violência**

Para ampliar a efetividade das ações na assistência à saúde, em especial na atenção primária à saúde, muitas políticas têm sido propostas e implementadas, tais como a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2004, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, e a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) em 2016. Destaca-se que estas políticas possuem interface com a possibilidade do desenvolvimento de ações para mitigação da violência neste nível de assistência (Da Cunha Moreira and Da Silva, 2019; Gonsalves and Schraiber, 2021; Rodrigues *et al.*, 2023).

Criada em 2003, a Política Nacional de Humanização ou HumanizaSUS, tem como objetivo mudar os modos de gerir e cuidar dos serviços de saúde e visa estimular a comunicação entre os diversos atores do setor saúde (gestores, trabalhadores e usuários) para o enfretamento de atitudes desumanizadoras intrassetoriais, além de construir de forma compartilhada, planos de ação e outros modos para a promoção e disseminação de inovações de como se fazer saúde (Pasche, 2009; Amorim, 2020; Doricci and Guanaes-Lorenzi, 2021). A PNH tem como princípios:

- A transversalidade que tem como meta tirar as pessoas e grupos do isolamento e que estes busquem compreender que as mais diversas áreas da saúde podem e devem conversar entre si para uma melhor maneira de produzir saúde.
- A indissociabilidade entre a atenção e a gestão que leva em conta que as atitudes da gestão afetam diretamente em como a saúde é executada, assim induzindo que os trabalhadores e usuários devam sempre buscar adquirir conhecimento sobre como funciona a gestão destes serviços de saúde, e também participar das tomadas de decisões tanto da organização da saúde, como também nas ações que envolvam a saúde coletiva. Mas também leva em conta que a saúde não depende só à equipe de saúde, e que o usuário também deve se cor responsabilizar por seu tratamento, ou seja, que assume o papel de protagonista no seu tratamento.
- O protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos que se baseia em reconhecer cada indivíduo, seja gestor, paciente ou trabalhador

como um cidadão que reconhece seu papel e que valoriza e incentiva a produção da saúde.

Algumas diretrizes do PNH podem vir a ser significantes no processo de mitigação da violência, o acolhimento, a ambiência e a clínica ampliada e compartilhada são as diretrizes que mais se destacam nesta questão, pois a ambiência cria um espaço saudável, confortável e acolhedor, que respeita a privacidade dos envolvidos, o acolhimento escuta, e legitima as questões do usuário e a clínica ampliada e compartilhada observa por maneiras não só orgânicas as questões do paciente, levando assim a uma identificação precoce da violência (Amorim, 2020; Doricci and Guanaes-Lorenzi, 2021).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída em 2004, assume em sua proposta a regionalização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), como método pivotal para a criação de meios de enfrentamento dos déficits e necessidades do nosso sistema de saúde. Além disto, esta política foi responsável por uma extensa discussão sobre gerar alterações nos marcos regulatórios do SUS nos territórios, especialmente na Educação Permanente em Saúde (EPS) que deverá incluir a temática da violência (Brasil, 2018a).

A Política Nacional de Promoção da Saúde, implementada em 2006 e oriunda das cartas das conferências de promoção da saúde, visa o combate, o que envolve a produção e qualificação contínuas da saúde, das práticas sanitárias e do sistema da saúde. Além do citado anteriormente, a PNPS também é responsável pela ratificação do compromisso do Estado em relação ao aumento e qualificação das ações que envolvem promoção da saúde no SUS (Brasil, 2002; 2006; 2015; Brasil, 2018b).

Por fim, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, que foi efetivada em 2016, surgiu da necessidade de uma política que norteasse as ações de tecnologia, informação e comunicação (TIC) do SUS, que padronizasse os procedimentos de obtenção de dados, que aumentasse a qualificação dos profissionais nesse assunto, aumentar a conexão do sistema de saúde com a internet, homogeneizar os sistemas os sistemas de informação em saúde, entre muitos outros (Brasil, 2016).

Neste sentido, o objeto de estudo desta dissertação alinha-se às políticas vigentes no país na perspectiva da mitigação da violência, em especial no sentido de instrumentalizar os profissionais para a condução dos casos na APS.

### **5.1.1.2. Informação, educação e comunicação como ferramentas de trabalho na atenção primária à saúde**

Informação, educação e comunicação em saúde possuem conceitos diferentes entre si. Informação consiste em um conjunto de dados e conhecimentos sobre algo ou alguém, educação significa desenvolver o ser humano e suas habilidades, competências e potencialidades e comunicação que é a transmissão de significados e mensagens independentemente do método (Salci *et al.*, 2013; Coriolano-Marinus *et al.*, 2014; Previato and Baldissera, 2018; Liao, 2020; Nutbeam *et al.*, 2021).

Isto posto, se faz necessário compreender o conceito de promoção vinculado à educação em saúde, que vincula e estabelece uma interface entre as concepções de educação e de saúde. Embora educar em saúde ainda seja compreendida simplesmente como transmissão de informações em saúde, com o uso de tecnologias mais avançadas ou não.

Na aplicação da promoção vinculado à educação em saúde, o marketing social pode ser utilizado para influenciar mudanças no comportamento individual com repercussões na mudança comportamental social do público-alvo (Griffiths *et al.*, 2009; Liao, 2020). Portanto, compreender as potencialidades de uma ferramenta de IEC (Informação, educação e comunicação) é importante para desenvolvê-la.

Assim, uma ferramenta de IEC se baseia na concepção que estes elementos se constituem como um ciclo, ou seja, informar o sujeito, estimulando assim com que o mesmo se interesse em estudar mais profundamente o assunto, para se apropriando do tema se torne conhecedor (educado sobre o tema), e por fim fazer com que ele se comunique com outros assim disseminando a informação e mantendo o ciclo.

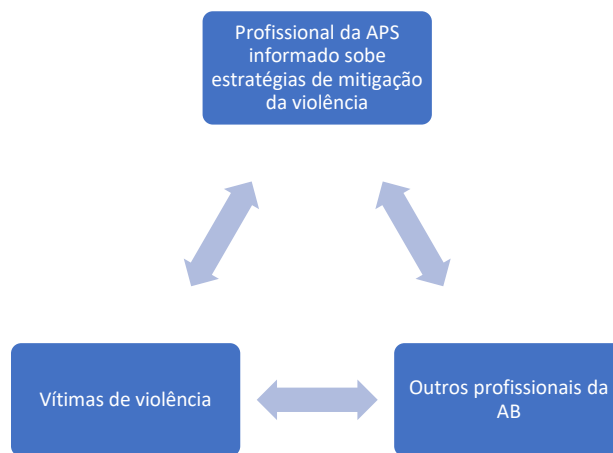
A IEC se adapta bem à possibilidade de instrumentalização de profissionais para mitigação da violência na atenção primária à saúde pelo fato de ser este o espaço onde se pressupõe existir um contato íntimo e contínuo com a vítima, por causa das diretrizes neste nível de atenção anteriormente citadas. Assim, o uso de ferramentas de IEC neste nível de atenção à saúde possibilita dois tipos de aproximações teórico-práticas e baseadas no cenário local, que podem ser interdependentes (Grier and Bryant, 2005; Griffiths *et al.*, 2009; Da Silva and Mazzon, 2018):

1. Informar o trabalhador sobre como reagir ao encontrar um paciente vítima de violência, fazendo assim com que ele estude sobre o assunto para que

assim ele saiba como agir em cada situação, para que por fim ele comunique aos outros trabalhadores, assim fechando o ciclo.

2. Informar a vítima sobre o que fazer ao se ver em uma situação de violência, assim fazendo com que ela se interesse pelo assunto e vá buscar educação sobre o que fazer para evitar e como denunciar de maneira eficiente e por fim comunicar a outras vítimas conhecidas, assim reiniciando o ciclo.

**Figura 2** - Circulação da informação através do uso de ferramentas de IEC para mitigação da violência na atenção primária à saúde.



**Fonte:** laboração própria, a partir dos referenciais da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e articuladora de redes intersetoriais, fundamentada em Starfield (2002), Mendes (2011), Minayo (2005) e em documentos normativos do Ministério da Saúde que orientam a atuação da APS no enfrentamento da violência no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017).

A ideia de se considerar que quando se deseja alcançar mudanças comportamentais que contribuam para a melhoria da condição de vida e de saúde, deve-se tornar a ideia promovida atrativa para conseguir atingir o público-alvo não é recente e esteve vinculada às questões de saúde (Walsh *et al.*, 1993; Svenkerud and Singhal, 1998; Grier and Bryant, 2005; Lombardo and LéGer, 2007). Neste sentido, ofertar formas de educação permanente em Saúde para os profissionais que atuam em serviços de saúde, em especial na APS possibilitará a aquisição de novos conhecimentos/atualizações e, com isto, melhora da qualidade do serviço de forma espontânea, de modo semelhante, contribuirá para que os usuários tenham acesso a estratégias diversificadas para mudança de seus estilos de vida de forma contextualizada e vinculada à realidade e não apenas com base em conteúdos teóricos de programas educativos.

Portanto, a ferramenta de IEC para ser eficaz e eficiente deve ir além da oferta de informações em saúde, deve ser capaz de influenciar os indivíduos por meio de ofertas de possibilidades e ganhos que se sobreponham aos valores da adesão a novos comportamentos/attitudes (Da Silva and Mazzon, 2018; Pinkney *et al.*, 2020). Na questão da violência, a oferta de informações em saúde deve possibilitar não apenas a detecção de casos, mas, sobretudo, as formas de resolução/encaminhamento da situação.

Assim sendo, a intersetorialidade consolida-se como estratégia central para a mitigação da violência ao reconhecer que esse fenômeno extrapola o campo da segurança pública e demanda respostas articuladas entre saúde, educação, assistência social, justiça, habitação e políticas de proteção social (Starfield, 2002; Minayo, 2005). No âmbito da saúde coletiva, a violência é compreendida como expressão das desigualdades sociais e das vulnerabilidades territoriais, exigindo ações integradas que articulem prevenção, cuidado, proteção e garantia de direitos.

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica ao atuar como porta de entrada do sistema, coordenadora do cuidado e articuladora de redes intersetoriais no território, favorecendo a identificação precoce das situações de violência, o acolhimento longitudinal e os encaminhamentos qualificados. As políticas nacionais orientadas pela APS, associadas às práticas de informação, educação e comunicação, ampliam o potencial de enfrentamento da violência ao fortalecer vínculos comunitários, promover autonomia dos sujeitos e estimular a corresponsabilização entre setores e atores sociais (Brasil, 2000; Starfield, 2002; Minayo, 2005; Brasil, 2006; 2012; 2015; Brasil, 2016; 2018a). Assim, a intersetorialidade, quando efetivamente operacionalizada no cotidiano dos serviços, não apenas potencializa a mitigação da violência, mas contribui para a construção de respostas sustentáveis, equitativas e alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde e às estratégias globais de promoção da saúde e da paz social.

## **6. FERRAMENTAS E ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EM SAÚDE**

A Informação, Educação e Comunicação (IEC) desempenham um papel central como ferramentas educativas para promover mudanças comportamentais e fortalecer ações de saúde pública. Neste texto, discutiremos os conceitos de Informação, Educação e Comunicação, suas diferenças, princípios e aplicações na saúde, apresentando exemplos práticos baseados em evidências recentes.

### **6.1. Conceitos chaves de Informação, Educação e Comunicação**

A Informação, a Educação e a Comunicação (IEC) constituem dimensões complementares das práticas educativas em saúde, voltadas à produção, mediação e compartilhamento de conhecimentos relevantes para a promoção da saúde e a prevenção de agravos. A informação refere-se à disponibilização de dados, conteúdos e orientações técnicas que possibilitam aos indivíduos e coletividades compreenderem fenômenos relacionados à saúde, aos riscos e aos serviços disponíveis. A educação em saúde, por sua vez, ultrapassa a simples transmissão de informações ao buscar a construção crítica do conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e a ampliação da autonomia dos sujeitos no cuidado de si e da coletividade.

Já a comunicação em saúde compreende os processos de interação, diálogo e troca simbólica que permitem a circulação dos saberes, a escuta qualificada e a negociação de sentidos entre profissionais, usuários e comunidades, reconhecendo os contextos socioculturais em que esses processos se inscrevem. Embora frequentemente empregadas juntas, cada uma dessas ferramentas possui definições e finalidades específicas que as distinguem e contribuem de maneira complementar para estratégias educativas (QUADRO 4).

**Quadro 4 - Comparativo dos conceitos de Informação, Educação e Comunicação em Saúde.**

<b>Critério</b>	<b>Informação em Saúde</b>	<b>Educação em Saúde</b>	<b>Comunicação em Saúde</b>
<b>Definição</b>	Processo de disponibilização e difusão de dados, orientações e conhecimentos técnicos, geralmente de forma unidirecional.	Processo educativo contínuo, participativo e reflexivo voltado à construção de conhecimentos, habilidades e atitudes.	Processo dialógico de troca de ideias, saberes e significados entre sujeitos, grupos e instituições.
<b>Objetivo principal</b>	Informar, sensibilizar e orientar rapidamente sobre temas de saúde.	Capacitar, empoderar e promover mudanças sustentáveis nas práticas individuais e coletivas.	Favorecer o diálogo, a escuta e a construção compartilhada de soluções em saúde.
<b>Lógica metodológica</b>	Predominantemente transmissiva.	Interativa e problematizadora.	Relacional, bidirecional ou multidirecional.
<b>Métodos e estratégias</b>	Campanhas institucionais, cartilhas, folders, informes técnicos, mídias tradicionais e digitais.	Oficinas, cursos, treinamentos, educação permanente, metodologias ativas.	Rodas de conversa, fóruns comunitários, grupos participativos, mídias sociais interativas.
<b>Características centrais</b>	Ênfase na clareza, objetividade e padronização da mensagem.	Centralidade no participante, valorização do saber prévio e aprendizado ativo.	Considera o contexto cultural e social, promovendo diálogo inclusivo e escuta qualificada.
<b>Papel do sujeito</b>	Receptor da informação.	Sujeito ativo do processo educativo.	Interlocutor e coautor do processo comunicativo.
<b>Exemplos no campo da saúde</b>	Divulgação de medidas preventivas e orientações normativas, como campanhas de vacinação ou prevenção da COVID-19.	Programas educativos sobre alimentação saudável, prevenção de doenças crônicas e promoção do autocuidado.	Rodas de conversa sobre saúde mental, violência ou direitos sociais com profissionais e comunidades.
<b>Potencialidades</b>	Alcance rápido e amplo da população.	Promoção de aprendizagem significativa e mudança de práticas.	Fortalecimento de vínculos, participação social e corresponsabilização.
<b>Limitações</b>	Baixa capacidade de promover mudanças duradouras quando isolada.	Requer maior tempo, recursos e preparo pedagógico.	Pode ser afetada por ruídos comunicacionais e desigualdades de acesso.

**Fonte:** Elaboração própria, com base em Starfield (2002), Mendes (2011), Minayo (2005) e documentos normativos do Ministério da Saúde e OPAS.

A informação é o processo de disseminação de dados ou conhecimentos com o objetivo de esclarecer, sensibilizar ou conscientizar. Trata-se de uma ferramenta predominantemente unidirecional, que oferece ao público informações claras e objetivas sobre determinado tema. Oliveira e Tavares (2021) destacam que a informação eficaz deve ser baseada em evidências, acessível e adaptada ao nível de alfabetização do público-alvo. Na saúde, a informação é amplamente utilizada em campanhas de conscientização, como na divulgação de medidas preventivas durante a pandemia de COVID-19.

A educação, por outro lado, envolve um processo mais profundo e interativo, focado no desenvolvimento de habilidades, na reflexão crítica e no empoderamento. Para Freire (2018), a educação deve ser transformadora, promovendo a autonomia dos indivíduos e sua capacidade de participar ativamente em decisões que afetam suas vidas. Na saúde, a educação é implementada por meio de atividades como oficinas, treinamentos e programas escolares, que vão além da mera transmissão de informações e buscam engajar os participantes em mudanças sustentáveis.

A comunicação é um processo bidirecional que facilita o diálogo e a troca de ideias entre os envolvidos. Diferentemente da informação, que é linear, a comunicação é participativa, permitindo que os indivíduos sejam tanto receptores quanto emissores de mensagens. Vasconcellos-Silva e Castiel (2017) afirmam que a comunicação em saúde deve ser dialógica, respeitando as diferenças culturais e sociais para promover um entendimento mútuo. Um exemplo de comunicação eficaz é a realização de rodas de conversa em comunidades, nas quais profissionais de saúde e moradores compartilham experiências e conhecimentos.

## **6.2. Ferramentas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde**

Embora frequentemente utilizadas de forma indistinta, as ferramentas de IEC apresentam finalidades, metodologias e níveis de complexidade distintos. As ferramentas de informação têm como objetivo principal difundir conteúdos técnicos e orientações normativas, como protocolos, cartilhas e materiais informativos, sendo caracterizadas por fluxos predominantemente unidirecionais. As ferramentas educativas, por sua vez, são orientadas para processos formativos mais aprofundados, estimulando a reflexão crítica, a problematização da realidade e a construção compartilhada de saberes. Já as ferramentas de comunicação em saúde priorizam a interação, o diálogo e a troca entre os sujeitos, valorizando a escuta, a participação social e a adaptação das mensagens às especificidades culturais e territoriais.

As ferramentas de IEC apresentam características distintas, mas complementares. Enquanto a informação é mais eficaz para ações rápidas e de amplo alcance, a educação e a comunicação são fundamentais para promover mudanças duradouras e fortalecer o empoderamento comunitário. A escolha e combinação dessas ferramentas devem ser

feitas de acordo com os objetivos e contextos específicos das estratégias de saúde pública (QUADRO 5).

**Quadro 5** - Diferenças entre Informação, Educação e Comunicação e sua aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde para mitigação da violência.

Dimensão de Análise	Informação em Saúde	Educação em Saúde	Comunicação em Saúde
Conceito central	Disseminação de dados, conteúdos técnicos e orientações normativas sobre saúde.	Processo formativo que promove aprendizagem crítica, desenvolvimento de habilidades e autonomia.	Processo dialógico de interação e troca simbólica entre sujeitos, grupos e instituições.
Objetivo principal	Ampliar o acesso ao conhecimento e orientar decisões.	Transformar práticas, comportamentos e capacidades por meio da aprendizagem.	Promover diálogo, escuta, vínculo e construção compartilhada de sentidos.
Lógica predominante	Transmissiva e unidirecional.	Participativa, reflexiva e problematizadora.	Interativa, relacional e bidirecional ou multidirecional.
Papel do sujeito	Receptor da informação.	Sujeito ativo do processo educativo.	Interlocutor, produtor e mediador de sentidos.
Relação educador-usuário	Verticalizada, baseada na autoridade técnica.	Horizontalizada, com valorização dos saberes prévios.	Dialógica, com reconhecimento da diversidade cultural e social.
Temporalidade	Pontual ou episódica.	Contínua e processual.	Contínua e dinâmica.
Foco da intervenção	Conteúdo e mensagem.	Processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.	Processo comunicativo, vínculo e interação social.
Exemplos de ferramentas	Cartilhas, folders, protocolos, manuais, campanhas informativas.	Oficinas educativas, cursos, capacitações, educação permanente.	Podcasts, vídeos interativos, redes sociais, aplicativos, grupos comunitários.
Potencialidades	Rapidez na disseminação e padronização de informações.	Aprendizagem significativa e mudança sustentável de práticas.	Fortalecimento de vínculos, participação social e adesão às ações.
Limitações	Baixa capacidade de promover mudanças comportamentais isoladamente.	Exige maior tempo, recursos e preparo pedagógico.	Pode ser prejudicada por ruídos comunicacionais e desigualdades de acesso.
Aplicação na APS	Orientação de fluxos, protocolos e direitos dos usuários.	Qualificação do cuidado, educação permanente das equipes.	Fortalecimento do vínculo com usuários e articulação com o território.
Relevância para mitigação da violência	Sensibilização e divulgação de direitos e serviços de apoio.	Capacitação para identificação, manejo e encaminhamento de casos.	Escuta, acolhimento, mediação e fortalecimento de redes intersetoriais.
Integração na IEC	Base conceitual e normativa das ações educativas.	Núcleo formativo e transformador.	Elemento articulador e relacional das estratégias.

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos referenciais da Saúde Coletiva, da OPAS e da Atenção Primária à Saúde, a partir de Starfield (2002), Mendes (2011), Minayo (2005) e documentos normativos do Ministério da Saúde, especialmente a Política Nacional de Promoção da Saúde e as diretrizes da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017).

Embora interligadas, as ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) possuem características, objetivos e métodos distintos, que as tornam complementares em estratégias de saúde pública. Compreender essas diferenças é essencial para a aplicação eficaz de cada ferramenta nos contextos específicos.

### **6.3. Princípios das Ferramentas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde**

As ferramentas educativas no contexto da saúde — Informação, Educação e Comunicação (IEC) — baseiam-se em princípios específicos que orientam sua aplicação para alcançar objetivos distintos, porém complementares. As ferramentas educativas em saúde fundamentam-se em princípios que orientam sua concepção, implementação e avaliação, destacando-se a centralidade do sujeito, o respeito aos contextos socioculturais, a participação ativa dos envolvidos e a valorização do saber popular. Tais ferramentas devem promover a autonomia, o empoderamento e a responsabilização dos indivíduos e das comunidades, evitando abordagens prescritivas ou verticalizadas.

Ademais, princípios como acessibilidade, linguagem clara, adequação ao território, interatividade e sustentabilidade são essenciais para garantir a efetividade das ações educativas, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais e limitações de acesso à informação e à formação continuada. Esses princípios são fundamentais para garantir que as ações educativas sejam eficazes, respeitem as particularidades do público-alvo e promovam mudanças positivas na saúde individual e coletiva (QUADRO 6).

**Quadro 6 - Princípios das ferramentas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde.**

<b>Princípios</b>	<b>Informação</b>	<b>Educação</b>	<b>Comunicação</b>
<b>Clareza e Evidências</b>	Mensagens devem ser claras, baseadas em dados científicos e acessíveis a diferentes níveis de alfabetização.	Informação educacional deve ser fundamentada em conhecimento científico, mas adaptada ao contexto do público.	Comunicação deve ser transparente, evitando ambiguidades ou informações contraditórias.
<b>Inclusão e Acessibilidade</b>	Prioriza a disseminação ampla por meio de veículos como mídia impressa, digital ou audiovisual.	Deve incluir participantes de diferentes contextos, promovendo aprendizado igualitário.	Fomenta a inclusão ao dialogar com diferentes públicos em seus próprios termos culturais e sociais.
<b>Participação Ativa</b>	Geralmente não envolve participação direta; público atua como receptor.	Indivíduos participam do processo de aprendizado, contribuindo ativamente.	O diálogo é fundamental; o público é tanto receptor quanto emissor.
<b>Tempo de Implementação</b>	Rápido, permitindo sensibilização imediata sobre temas emergenciais.	Médio a longo prazo, focando na construção de conhecimento e habilidades.	Médio, dependendo da necessidade de criar espaços de diálogo e engajamento contínuo.
<b>Exemplo na Saúde</b>	Divulgação de protocolos durante pandemias, como o uso de máscaras na COVID-19.	Oficinas para prevenção de doenças crônicas e incentivo à alimentação saudável.	Rodas de conversa sobre prevenção da violência doméstica em comunidades vulneráveis.

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos referenciais da Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante do cuidado, nos princípios da intersetorialidade e nas estratégias de Informação, Educação e Comunicação em saúde, fundamentada em Starfield (2002), Mendes (2011), Minayo (2005) e em documentos normativos do Ministério da Saúde relacionados à Política Nacional de Atenção Básica, à Política Nacional de Promoção da Saúde e às diretrizes para o enfrentamento das violências no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017).

#### **6.4. Ferramentas de Informação, Educação e Comunicação e seu potencial uso na saúde**

No campo da saúde, diversas ferramentas de IEC têm sido utilizadas com o objetivo de apoiar ações educativas, formativas e comunicacionais junto a profissionais, usuários e comunidades. Entre essas ferramentas destacam-se cartilhas educativas, vídeos informativos, aplicativos móveis, plataformas digitais de capacitação, podcasts, jogos educativos, cursos online e materiais impressos ou audiovisuais adaptados ao território. O potencial dessas ferramentas reside na sua capacidade de ampliar o alcance das ações educativas, favorecer a padronização de conteúdos estratégicos e, ao mesmo tempo, permitir adaptações às realidades locais, fortalecendo a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

As ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) oferecem uma ampla gama de possibilidades para disseminar mensagens, promover a saúde e incentivar

mudanças comportamentais. Sua diversidade permite adaptá-las a diferentes públicos, contextos e objetivos, tornando-as eficazes para alcançar comunidades e indivíduos de forma significativa. Como destaca Vasconcellos-Silva e Castiel (2017), a IEC é essencial para fortalecer o diálogo social e transformar práticas culturais, especialmente em áreas sensíveis como saúde e cidadania.

Cartazes e panfletos são exemplos de ferramentas tradicionais amplamente utilizadas em campanhas de saúde pública. Sua simplicidade e custo acessível os tornam ideais para disseminação rápida de informações sobre vacinação, prevenção de doenças e acesso a serviços de saúde. Embora sejam unidirecionais e limitados ao conteúdo impresso, sua eficácia em reforçar mensagens educativas já divulgadas por outros meios é significativa (BRASIL, 2019).

Vídeos educativos, por outro lado, integram elementos visuais e auditivos para engajar emocionalmente os espectadores e transmitir informações de forma clara. Eles são usados em campanhas televisivas, nas redes sociais e em eventos comunitários para sensibilizar sobre questões como saúde mental e prevenção da violência. Oliveira e Tavares (2021) destacam que, ao recorrerem a narrativas visuais, os vídeos educativos podem superar barreiras de alfabetização, facilitando a compreensão entre públicos mais amplos.

Ferramentas tecnológicas, como aplicativos móveis, oferecem soluções inovadoras para promover a saúde. Aplicativos como "Coronavírus - SUS" exemplificam como a tecnologia pode fornecer informações personalizadas, lembretes de saúde e suporte contínuo aos usuários. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), essas plataformas desempenham um papel crucial durante crises sanitárias, mas sua eficácia depende do acesso à internet e da alfabetização tecnológica.

Oficinas e treinamentos são ferramentas de educação que promovem o aprendizado ativo e a reflexão crítica. Essas atividades, que podem incluir treinamentos em saúde mental para profissionais e oficinas comunitárias, combinam teoria e prática, capacitando os participantes a adotar comportamentos mais saudáveis. Freire (2018) argumenta que, ao estimular a participação ativa, essas ferramentas promovem a autonomia e o empoderamento dos indivíduos.

Rádios comunitárias e rodas de conversa são ferramentas de comunicação que priorizam o diálogo e a contextualização cultural. Em áreas rurais, rádios comunitárias

oferecem acesso a mensagens de saúde adaptadas ao contexto local, como programas de prevenção à malária (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL, 2017). As rodas de conversa, por sua vez, criam espaços participativos para tratar de temas sensíveis, como violência doméstica e saúde mental, fomentando o engajamento social e a troca de experiências.

Campanhas de mídias sociais têm revolucionado a IEC, especialmente entre públicos jovens. Por meio de plataformas como Instagram e TikTok, é possível disseminar mensagens curtas e interativas que estimulam o engajamento. A campanha "*HeForShe*", por exemplo, utiliza influenciadores e conteúdo visual para promover a igualdade de gênero em escala global (ONU MULHERES, 2020). Apesar de seu grande alcance, essas campanhas enfrentam desafios relacionados à saturação de informações nas redes.

Ferramentas estruturadas, como materiais didáticos e jogos educativos, desempenham um papel vital na educação formal e não formal. Essas ferramentas são utilizadas para abordar questões como alimentação saudável, prevenção de doenças e cidadania, especialmente entre crianças e adolescentes. Sua eficácia depende de planejamento pedagógico e investimentos adequados, conforme ressalta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

Grupos de apoio e podcasts educativos são recursos que complementam outras estratégias de IEC. Grupos de apoio promovem suporte emocional e senso de comunidade, especialmente para populações vulneráveis, enquanto podcasts educativos, como "Saúde em Dia", oferecem acesso flexível a informações relevantes (ABP, 2021). Ambos desempenham um papel importante na construção de redes de suporte e no fortalecimento do aprendizado contínuo.

A diversidade de ferramentas de IEC permite sua adaptação e integração em estratégias mais amplas, como o marketing social. Essa combinação aumenta o impacto das campanhas, promovendo mudanças comportamentais e culturais sustentáveis. Como reforça Oliveira e Tavares (2021), a IEC é fundamental para reduzir desigualdades em saúde e construir uma sociedade mais informada e participativa.

Apresentamos a seguir, um quadro-síntese com ferramentas de IEC, detalhando suas características e permitindo a seleção da ferramenta mais apropriada para campanhas ou programas específicos, com base nos objetivos e no público-alvo (QUADRO 7).

**Quadro 7 - Ferramentas de Informação, Educação e Comunicação, níveis de prevenção e aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde.**

Ferramenta	Exemplo	Dimensão IEC	Caracterização da ferramenta	Nível de prevenção	Vantagens	Desvantagens	Aplicabilidade no manejo da violência na APS	Contribuição para o manejo da violência na APS
Cartazes e panfletos	Panfletos sobre atendimento a vítimas de violência doméstica.	Informação	Materiais impressos com mensagens objetivas e padronizadas.	Primária	Baixo custo; fácil distribuição; ampla visibilidade.	Baixa interação; dependem de letramento.	Divulgação de sinais de violência, canais de denúncia e serviços da rede.	Apoiam o preparo profissional por difusão de fluxos e direitos.
Vídeos educativos	Vídeos institucionais sobre violência contra mulheres.	Informação	Conteúdos audiovisuais curtos de sensibilização.	Primária	Linguagem acessível; apelo visual.	Dependem de acesso tecnológico.	Apoio à identificação precoce de situações de violência.	Fortalecem o preparo profissional e a sensibilização comunitária.
Aplicativos móveis	App Conecte SUS.	Comunicação	Plataformas digitais interativas de orientação e acompanhamento.	Primária e Secundária	Acesso contínuo; interatividade; personalização.	Exigem acesso digital e alfabetização tecnológica.	Orientação, notificação e acompanhamento de casos na APS.	Estimulam engajamento e ampliam capacidade operacional.
Oficinas e treinamentos	Oficinas sobre violência interpessoal na APS.	Educação	Atividades formativas com metodologias participativas.	Primária e Secundária	Aprendizagem significativa; adaptação ao território.	Demandam tempo e recursos.	Capacitação para manejo, acolhimento e encaminhamento da violência.	Atendem diretamente às necessidades formativas.
Rádios comunitárias	Programas sobre prevenção da violência intrafamiliar.	Comunicação	Meios locais de difusão e diálogo comunitário.	Primária	Alcance comunitário; baixo custo.	Interação limitada; alcance geográfico restrito.	Disseminação de informações sobre direitos e serviços de proteção.	Apoiam engajamento territorial e sensibilização.
Rodas de conversa	Rodas de conversa sobre violência e saúde mental.	Comunicação	Espaços dialógicos mediados por profissionais.	Primária e Secundária	Promovem empatia e participação social.	Exigem mediadores capacitados.	Escuta qualificada, acolhimento e construção de vínculos.	Fortalecem engajamento e preparo relacional.

Campanhas em mídias sociais	Campanhas contra violência de gênero.	Comunicação	Estratégias digitais interativas de mobilização social.	Primária	Grande alcance; interação rápida.	Ruídos de comunicação; exclusão digital.	Sensibilização sobre violência e divulgação de serviços.	Elevam engajamento e alcance das ações educativas.
Material didático para escolas	Cartilhas sobre cultura de paz.	Educação	Materiais pedagógicos estruturados para ensino formal.	Primária	Sustentabilidade educativa; impacto longitudinal.	Dependem de articulação intersetorial.	Prevenção da violência desde a infância (APS-escola).	Atendem às necessidades formativas precoces.
Televisão e rádio comerciais	Campanhas nacionais contra violência doméstica.	Informação	Veículos de mídia de massa.	Primária	Alcance massivo.	Comunicação unidirecional; alto custo.	Sensibilização populacional sobre violência e direitos.	Apoiam o preparo informacional em larga escala.
Grupos de apoio	Grupos de apoio a mulheres em situação de violência.	Educação	Encontros regulares de suporte e aprendizado coletivo.	Secundária e Terciária	Suporte emocional; fortalecimento de vínculos.	Exigem continuidade e profissionais capacitados.	Acompanhamento longitudinal de vítimas de violência.	Reforçam preparo contínuo e engajamento.
Podcasts educativos	Podcasts sobre violência e saúde mental.	Informação	Conteúdos em áudio para escuta sob demanda.	Primária	Flexíveis; baixo custo.	Interação limitada; dependem de acesso digital.	Educação permanente sobre violência na APS.	Apoiam preparo profissional e atualização contínua.
Jogos educativos	Jogos educativos sobre violência escolar.	Educação	Ferramentas lúdicas com objetivos pedagógicos.	Primária	Alto engajamento; aprendizagem ativa.	Custos de desenvolvimento.	Promoção da cultura de paz e prevenção da violência.	Atendem necessidades formativas de públicos jovens.

**Fonte:** Elaboração própria, a partir dos referenciais da Informação, Educação e Comunicação em Saúde, da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e do enfrentamento da violência como problema de saúde pública, fundamentada em Starfield (2002), Mendes (2011), Minayo (2005) e em documentos normativos do Ministério da Saúde, especialmente as diretrizes da Atenção Primária à Saúde, da Política Nacional de Promoção da Saúde e das políticas de enfrentamento das violências no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017).

## **6.5. Ferramentas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde e marketing social em saúde**

As ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) apresentam ampla aplicabilidade no campo da saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), onde se articulam à coordenação do cuidado, à educação permanente das equipes e à promoção da saúde nos territórios. No contexto deste estudo, voltado ao preparo profissional, às necessidades formativas e ao potencial de engajamento de trabalhadores da APS no manejo da violência, as estratégias de IEC configuram-se como dispositivos centrais para qualificar práticas, ampliar capacidades e fortalecer respostas institucionais frente a esse fenômeno complexo e socialmente determinado.

As campanhas de vacinação são exemplos clássicos de IEC. A informação é usada para divulgar dados sobre vacinas; a educação, para capacitar profissionais de saúde e esclarecer dúvidas da população; e a comunicação, para engajar a comunidade no processo. Um exemplo notável é a campanha de vacinação contra o HPV no Brasil, que incluiu ações em escolas e mídias sociais (Ministério Da Saúde, 2019).

No combate ao HIV, a IEC desempenha um papel crucial. Informações sobre formas de transmissão e prevenção são disseminadas por meio de cartazes e anúncios. Paralelamente, programas educativos oferecem capacitação para o uso correto de preservativos, enquanto rodas de conversa promovem a troca de experiências e o suporte emocional (Barcelos and Cavalcanti De Aguiar, 2019).

A promoção da saúde mental também se beneficia das ferramentas de IEC. Campanhas como "Setembro Amarelo" utilizam informações para conscientizar sobre a prevenção do suicídio, enquanto oficinas educativas treinam profissionais para identificar sinais de risco. A comunicação, por sua vez, é utilizada em grupos de apoio para fomentar o diálogo e o acolhimento (Vasconcellos-Silva *et al.*, 2017). Outro exemplo é a promoção de hábitos alimentares saudáveis. Informações sobre nutrição são compartilhadas em escolas e unidades de saúde; programas educativos ensinam práticas culinárias e a importância de uma dieta balanceada; e campanhas de comunicação incentivam a redução do consumo de alimentos ultraprocessados (Brasil, 2020).

Do ponto de vista do preparo profissional, ferramentas informativas, como cartilhas, vídeos educativos, podcasts e campanhas institucionais, contribuem para a difusão de conhecimentos normativos, protocolos de atendimento e fluxos de encaminhamento, apoiando a atuação das equipes na identificação e no manejo inicial das

situações de violência. Já as ferramentas educativas, como oficinas, treinamentos presenciais ou híbridos e materiais didáticos estruturados, respondem diretamente às necessidades formativas identificadas no estudo, ao favorecerem processos de aprendizagem crítica, reflexão sobre a prática e desenvolvimento de competências técnicas e relacionais necessárias ao cuidado integral das vítimas.

Nesse cenário, destaca-se o papel do marketing social em saúde como estratégia complementar às ações de IEC. O marketing social aplica princípios do marketing tradicional — como segmentação de público, adequação da linguagem, escolha de canais e estímulo à mudança de comportamento — com a finalidade de promover práticas socialmente desejáveis e benéficas à saúde. No enfrentamento da violência, o marketing social pode ser utilizado para sensibilizar profissionais e comunidades, reduzir estigmas, incentivar a busca por ajuda, fortalecer a adesão aos serviços da APS e promover uma cultura de cuidado, proteção e não violência. Campanhas educativas planejadas sob a lógica do marketing social tendem a apresentar maior alcance, engajamento e impacto, especialmente quando articuladas às ferramentas digitais e às estratégias comunicacionais já consolidadas nos territórios.

Embora eficazes, as ferramentas de IEC enfrentam desafios, como barreiras linguísticas, limitações de recursos e resistência cultural. Além disso, questões éticas devem ser consideradas. Para Oliveira e Tavares (2021), é essencial que as mensagens de IEC respeitem a diversidade cultural e evitem estigmatizar grupos vulneráveis.

Assim, a aplicação integrada das ferramentas de IEC, associada a abordagens de marketing social em saúde, potencializa a capacidade da APS de atuar na mitigação da violência, ao alinhar informação qualificada, processos educativos transformadores e estratégias comunicacionais sensíveis ao contexto sociocultural. Essa integração contribui não apenas para o fortalecimento do preparo profissional e da educação permanente, mas também para a ampliação do engajamento das equipes e da comunidade, favorecendo respostas mais resolutivas, sustentáveis e alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde.

## **7. MARKETING SOCIAL EM SAÚDE E SEU POTENCIAL NA MITIGAÇÃO DA VIOLÊNCIA**

O marketing social em saúde desponta como uma ferramenta estratégica no desenvolvimento de políticas públicas voltadas à mitigação da violência. Ao aplicar princípios de marketing para promover mudanças comportamentais que beneficiem a sociedade, o marketing social direciona seus esforços para questões de saúde pública, incluindo a prevenção e o enfrentamento da violência.

O marketing, em sua forma tradicional, é definido como um conjunto de processos para criar, comunicar e entregar valor aos clientes, com o objetivo de atender às suas necessidades de maneira lucrativa (Kotler and Zaltman, 1971). Já o marketing social, cunhado por Kotler e Zaltman (1971), refere-se à aplicação de conceitos e técnicas do marketing para influenciar comportamentos que promovam benefícios sociais e individuais, como a saúde pública e a segurança social.

No campo da saúde, o marketing social foca na promoção de comportamentos saudáveis e na prevenção de doenças. Para Lefebvre (2013), essa abordagem deve ser centrada nas pessoas, considerando seus contextos culturais e sociais para garantir a eficácia das intervenções. Isso implica uma análise detalhada das barreiras e motivações do público-alvo, permitindo o desenvolvimento de estratégias mais eficazes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) destaca que o marketing social desempenha um papel crucial na transformação das normas sociais relacionadas à saúde, especialmente em áreas como vacinação, redução do tabagismo e prevenção da violência. Nesse sentido, as campanhas de marketing social não apenas promovem comportamentos individuais, mas também ajudam a moldar ambientes favoráveis à saúde, abordando determinantes sociais como pobreza e desigualdade.

Além disso, o marketing social em saúde não se restringe à promoção de comportamentos individuais, mas também abrange a criação de ambientes que facilitam escolhas saudáveis. Isso inclui políticas públicas que regulamentam a comercialização de produtos nocivos à saúde e campanhas educativas que visam modificar normas sociais prejudiciais. Dessa forma, o marketing social atua em múltiplos níveis para alcançar mudanças sustentáveis na saúde pública.

## 7.1. Princípios de Marketing Aplicados ao Marketing Social com Foco na Saúde

Os princípios fundamentais do marketing — produto, preço, praça e promoção (os 4 Ps) — são adaptados no marketing social para promover mudanças comportamentais. Apresentamos a seguir um quadro que sintetiza como os princípios do marketing são adaptados para atender aos objetivos do marketing social com foco na saúde, destacando a relevância de estratégias específicas para alcançar mudanças comportamentais e sociais (QUADRO 8).

**Quadro 8** - Comparativo dos princípios do marketing tradicional adaptados ao marketing social com foco na saúde.

Princípio de marketing	Definição no marketing tradicional	Adaptação no marketing social com foco na saúde	Aplicação na saúde e na APS	Exemplo no enfrentamento da violência
<b>Produto</b>	Bem, serviço ou experiência oferecida para satisfazer uma necessidade ou desejo do consumidor.	Comportamento, prática ou benefício social que se pretende promover, como atitudes protetivas, autocuidado e busca por serviços de saúde.	Promoção de práticas saudáveis, adesão a serviços da APS e fortalecimento de direitos.	Incentivo à identificação precoce da violência e à procura da APS como espaço de acolhimento.
<b>Preço</b>	Valor financeiro, esforço ou sacrifício associado à aquisição do produto.	Barreiras percebidas para adoção do comportamento, incluindo custos emocionais, sociais, culturais, de tempo ou estigma.	Redução de barreiras de acesso aos serviços e às informações em saúde.	Enfrentamento do medo, da culpa e do estigma associados à denúncia da violência.
<b>Praça (distribuição)</b>	Locais ou canais pelos quais o produto é disponibilizado ao consumidor.	Ambientes, serviços e canais pelos quais o público acessa informações, apoio e recursos para mudança comportamental.	Unidades de APS, escolas, equipamentos sociais, mídias digitais e território.	Uso da UBS, escolas e redes comunitárias como pontos de apoio às vítimas.
<b>Promoção</b>	Estratégias de comunicação para divulgar o produto e estimular sua aquisição.	Estratégias educativas e comunicacionais para sensibilizar, engajar e estimular mudanças de comportamento socialmente desejáveis.	Campanhas educativas, IEC, mídias sociais, ações comunitárias e marketing social.	Campanhas de prevenção da violência doméstica e divulgação de canais de apoio.
<b>Público-alvo (segmentação)</b>	Grupos de consumidores definidos por características de mercado.	Grupos populacionais definidos por vulnerabilidades, necessidades e contextos socioculturais.	Planejamento de ações de saúde mais equitativas e territorializadas.	Mulheres, crianças, adolescentes ou profissionais da APS em contextos vulneráveis.

<b>Troca</b>	Relação custo-benefício percebida pelo consumidor.	Benefícios sociais e individuais percebidos em relação à mudança de comportamento.	Valorização do cuidado, da proteção e da melhoria da qualidade de vida.	Percepção de segurança, acolhimento e acesso a direitos ao buscar ajuda.
<b>Concorrência</b>	Produtos ou marcas que disputam a preferência do consumidor.	Comportamentos, normas sociais ou contextos que dificultam a mudança desejada.	Reconhecimento de fatores culturais, violência estrutural e desigualdades sociais.	Naturalização da violência e descrença nos serviços públicos.
<b>Sustentabilidade</b>	Fidelização do consumidor ao produto ou marca.	Manutenção de comportamentos saudáveis e práticas protetivas ao longo do tempo.	Fortalecimento contínuo das ações da APS e da intersetorialidade.	Consolidação de redes de apoio e cuidado às vítimas de violência.

**Fonte:** Elaboração própria, adaptado de Kotler e Zaltman, com base nos referenciais de marketing social aplicado à saúde, promoção da saúde e enfrentamento da violência, conforme documentos da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, na Política Nacional de Promoção da Saúde, e em autores da Saúde Coletiva que discutem determinantes sociais, comunicação em saúde e estratégias educativas, como Minayo (2005) e documentos do Ministério da Saúde (Brasil, 2017).

O produto, no marketing social, não é tangível, mas sim o comportamento ou benefício desejado, como adotar hábitos saudáveis ou prevenir a violência. Para Kotler e Lee (2019), a percepção de valor do produto pelo público-alvo é essencial para o sucesso das campanhas. No contexto da saúde, o "produto" refere-se ao comportamento desejado ou ao benefício social que se pretende promover, como a adoção de hábitos saudáveis ou a prevenção da violência. É essencial que o produto seja percebido como relevante e vantajoso pelo público-alvo, o que requer uma compreensão profunda de suas necessidades e desejos. Em iniciativas contra a violência, por exemplo, o "produto" pode ser a promoção de práticas de resolução pacífica de conflitos.

O preço envolve os custos ou barreiras percebidas pelo público-alvo para adotar o novo comportamento, que podem ser financeiros, emocionais ou de conveniência. Lefebvre (2013) enfatiza que é necessário minimizar essas barreiras por meio de incentivos ou suporte, como a oferta de serviços gratuitos ou a redução de estigmas sociais. No marketing social em saúde, é crucial identificar e minimizar essas barreiras, oferecendo incentivos ou suporte que facilitem a mudança comportamental. Por exemplo, fornecer acesso gratuito a serviços de saúde ou apoio psicológico pode reduzir os custos percebidos associados à adoção de comportamentos saudáveis.

A praça diz respeito aos canais pelos quais o público-alvo tem acesso às informações ou aos recursos necessários para a mudança comportamental, como centros de saúde, escolas ou mídias digitais. Para Hastings (2013), o acesso a informações e

serviços deve ser fácil e conveniente. No caso do marketing social em saúde, campanhas de conscientização podem ser difundidas em escolas, centros de saúde e plataformas digitais. No marketing social em saúde, é importante garantir que esses canais sejam acessíveis e convenientes ao público-alvo, aumentando a probabilidade de engajamento e de adoção do comportamento desejado. Isso pode incluir o uso de plataformas digitais para a disseminação de informações ou a implementação de programas comunitários em locais de fácil acesso.

A promoção é o pilar que abrange as estratégias de comunicação para engajar o público, envolve a comunicação e as estratégias utilizadas para incentivar a adoção do comportamento desejado, incluindo campanhas educativas e uso de influenciadores comunitários. Segundo Grier e Bryant (2015), campanhas eficazes utilizam linguagem clara e apelam para as emoções, valores e crenças do público-alvo. A promoção também deve ser avaliada continuamente para ajustar sua abordagem e maximizar o impacto. No marketing social em saúde, as mensagens promocionais devem ser claras, persuasivas e culturalmente apropriadas, utilizando múltiplos canais de comunicação para alcançar o público-alvo de maneira eficaz. Além disso, é importante avaliar continuamente a eficácia das estratégias promocionais e ajustá-las conforme necessário para maximizar o impacto.

## **7.2. Aplicabilidade do Marketing Social com Foco na Saúde**

O marketing social tem sido utilizado em diversas iniciativas de saúde pública para promover comportamentos saudáveis e prevenir a violência. Por exemplo, campanhas de prevenção ao tabagismo utilizam estratégias de marketing social para reduzir o consumo de cigarros, destacando os benefícios de parar de fumar e os riscos associados ao tabagismo. No Brasil, uma das campanhas mais conhecidas é a do Ministério da Saúde contra o tabagismo, que utiliza imagens de impacto em embalagens de cigarros e materiais educativos para desestimular o consumo. Segundo estudo do INCA (2019), essa abordagem resultou em uma queda de 34% no número de fumantes entre 2006 e 2018.

Da mesma forma, programas de vacinação empregam técnicas de marketing social para aumentar a adesão, enfatizando a importância da imunização para a saúde individual e coletiva. Outro exemplo de sucesso é a campanha de vacinação contra o HPV, que alcançou milhões de adolescentes brasileiros. A estratégia incluiu comunicação em

escolas, campanhas televisivas e ações comunitárias. A OMS (2021) considera essa abordagem um modelo para aumentar a adesão às vacinas.

No contexto da violência, o marketing social pode ser empregado para mudar normas sociais que toleram comportamentos violentos. Campanhas educativas que promovem a igualdade de gênero e o respeito mútuo são exemplos de como o marketing social pode contribuir para a redução da violência doméstica e de gênero. Além disso, programas que incentivam a resolução pacífica de conflitos e a comunicação não violenta utilizam princípios de marketing social para fomentar ambientes mais seguros e saudáveis.

Na prevenção da violência, iniciativas como a "Lei Maria da Penha" são complementadas por campanhas de marketing social que incentivam a denúncia de abusos. De acordo com Minayo (2018), a utilização de campanhas educativas em redes sociais ampliou a visibilidade do tema e aumentou o número de denúncias.

### **7.3. Marketing Social e Políticas Públicas para Mitigação da Violência**

A integração do marketing social em políticas públicas de saúde é fundamental para a mitigação da violência. Ao desenvolver campanhas que abordam os determinantes sociais da violência, como desigualdades de gênero, pobreza e exclusão social, o marketing social pode promover mudanças comportamentais e sociais que reduzem a incidência de comportamentos violentos.

Campanhas educativas que promovem valores como respeito, igualdade de gênero e empatia são ferramentas poderosas para transformar normas sociais. Um exemplo relevante é a campanha "*HeForShe*", da ONU Mulheres, que utiliza estratégias de marketing para engajar homens na luta pela igualdade de gênero.

Por exemplo, a campanha "Lei do Minuto Seguinte", lançada no Brasil em 2018, utilizou estratégias de marketing social para informar e conscientizar a população sobre os direitos das vítimas de violência sexual e os serviços disponíveis para atendimento imediato. Essa iniciativa destacou a importância de campanhas bem estruturadas e baseadas em princípios de marketing social para a efetividade das políticas públicas de enfrentamento à violência. Ainda no Brasil, a campanha "Você Não Está Sozinha", do Governo Federal, utiliza mídias digitais para oferecer suporte a mulheres em situação de

violência doméstica. Minayo (2018) aponta que essas campanhas aumentam o alcance das políticas públicas, promovendo maior engajamento social.

Além disso, iniciativas de marketing social no trânsito, como campanhas para evitar o uso de celulares ao dirigir, têm mostrado impacto significativo. De acordo com a ANTP (2020), campanhas como "Se Beber, Não Dirija" contribuíram para a redução de 25% nos acidentes relacionados ao consumo de álcool entre 2015 e 2020. Apesar de sua eficácia, o marketing social enfrenta desafios, como recursos limitados e resistência à mudança comportamental. Para Hastings (2013), é essencial que as campanhas sejam transparentes e baseadas em evidências, garantindo que as mensagens respeitem as diferenças culturais e não sejam estigmatizantes.

Um exemplo de dilema ético foi observado em campanhas contra a obesidade infantil, que, embora bem-intencionadas, geraram críticas por perpetuar estereótipos e causar danos psicológicos a crianças (Lefebvre, 2013). Assim, é fundamental adotar uma abordagem sensível e inclusiva. Outro desafio é medir o impacto das campanhas. Segundo Grier e Bryant (2005), a avaliação contínua é essencial para garantir que os objetivos sejam atingidos de maneira eficaz e ética.

Assim, pode-se conjecturar que o marketing social, quando articulado às políticas públicas, configura-se como estratégia potente para a mitigação da violência ao ampliar o alcance, a efetividade e a adesão das ações institucionais voltadas à prevenção e ao cuidado. Ao incorporar princípios como segmentação de públicos, adequação da linguagem, uso estratégico de canais e redução de barreiras à mudança de comportamento, o marketing social contribui para transformar diretrizes normativas em práticas socialmente significativas e territorialmente sensíveis. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, essa abordagem potencializa as estratégias de Informação, Educação e Comunicação ao fortalecer o engajamento de profissionais e comunidades, reduzir estigmas e favorecer a busca ativa por cuidado e proteção. Assim, o alinhamento entre marketing social e políticas públicas amplia a capacidade do Estado de promover respostas integradas, sustentáveis e equitativas frente à violência, reafirmando o papel da APS como eixo estruturante do cuidado e da articulação intersetorial.

A violência é um problema social complexo que afeta a saúde, o bem-estar e os direitos humanos. Combatê-la exige estratégias integradas e inovadoras, capazes de atuar sobre os determinantes sociais e culturais que perpetuam comportamentos violentos. Nesse contexto, a união das ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC)

com o marketing social, emerge como estratégia poderosa para promover mudanças comportamentais e culturais, fortalecer a consciência coletiva e transformar normas sociais que perpetuam a violência. Apresentando-se como uma abordagem potente, que mobiliza recursos e promove mudanças comportamentais em prol de uma cultura de paz.

#### **7.4. Integração ao Marketing Social: Potencial Transformador das Ferramentas de IEC**

Como discutido anteriormente, os princípios de IEC, quando integradas ao marketing social, as ferramentas de IEC ganham maior impacto e abrangência. O marketing social adapta princípios do marketing tradicional — como segmentação de público, posicionamento de mensagens e uso estratégico de canais de comunicação — para promover comportamentos socialmente desejáveis e resolver problemas como a violência. Por outro lado, o marketing social utiliza estratégias de marketing tradicional para promover o bem-estar social, influenciando comportamentos que beneficiam a sociedade como um todo. Ao aplicar os princípios do marketing — como segmentação de público, desenvolvimento de mensagens persuasivas e uso de canais estratégicos —, campanhas de IEC podem atingir públicos específicos com maior impacto.

A combinação de IEC com marketing social é evidente em campanhas globais como a "*HeForShe*", promovida pela ONU Mulheres. Essa iniciativa utiliza dados informativos (estatísticas sobre desigualdade de gênero), atividades educativas (treinamentos para sensibilizar homens) e comunicação interativa (engajamento em redes sociais) para mobilizar a sociedade em prol da igualdade de gênero. O uso de influenciadores e celebridades amplia o alcance da campanha, mostrando como o marketing social potencializa as ferramentas de IEC (ONU MULHERES, 2020).

Além disso, campanhas como "Setembro Amarelo", focadas na prevenção do suicídio, integram IEC e marketing social para engajar comunidades e reduzir o estigma associado à busca por ajuda em saúde mental. A combinação de mensagens informativas, oficinas educativas e interações comunitárias cria um ambiente propício para que indivíduos em risco busquem apoio, reforçando a importância da comunicação e do engajamento coletivo (ABP, 2021).

Outro exemplo é a campanha Brasileira "Agosto Lilás", voltada para o enfrentamento da violência contra a mulher, exemplifica como a junção de informação, educação e comunicação, amplificada pelo marketing social, pode aumentar a eficácia

das leis e garantir maior proteção às vítimas. A campanha combina a disseminação de informações sobre os direitos das mulheres, oficinas educativas para profissionais de saúde e assistência social, e ações de comunicação em mídias digitais, alcançando milhões de pessoas em todo o país (BRASIL, 2022).

A mitigação da violência exige ações que vão além da simples conscientização. É necessário promover uma mudança cultural que transforme normas sociais e atitudes arraigadas. Nesse sentido, o marketing social, aliado às ferramentas de IEC, oferece uma abordagem holística, capaz de engajar múltiplos atores — desde indivíduos até governos e instituições — em uma agenda comum de paz e respeito.

### **7.5. Resultados do uso de ferramentas de IEC e marketing social na mitigação da violência**

A integração de IEC com marketing social tem mostrado resultados promissores na redução de comportamentos violentos. Uma pesquisa realizada pela ONU Mulheres (2021) revelou que campanhas baseadas nessa combinação aumentaram em 30% o número de denúncias de violência doméstica em países onde foram implementadas. Além disso, programas educativos em escolas reduziram em 15% os índices de bullying e violência entre adolescentes.

Outro exemplo, na prevenção da violência no trânsito, campanhas como "Se Beber, Não Dirija" utilizam as três ferramentas de IEC integradas ao marketing social. A informação destaca os riscos e penalidades; a educação inclui programas em escolas e autoescolas; e a comunicação utiliza influenciadores digitais para promover uma mensagem de segurança em larga escala (ANTP, 2020).

Campanhas que promovem a saúde mental, como o "Setembro Amarelo", também ilustram essa eficácia. Utilizando IEC e marketing social, a iniciativa combina dados informativos sobre prevenção ao suicídio, treinamentos para profissionais da saúde e ações de comunicação interativa para engajar a sociedade na luta contra o estigma (ABP, 2021).

A integração de IEC com marketing social permite que cada ferramenta seja utilizada de forma mais eficaz e também favorece o fortalecimento de políticas públicas:

- A informação, ao ser apresentada de maneira visualmente atraente e em formatos acessíveis, como vídeos curtos e infográficos, consegue atingir públicos mais amplos.
- A educação, incorporada a campanhas de marketing social, utiliza narrativas impactantes e histórias reais para engajar emocionalmente os participantes, promovendo empatia e reflexão crítica.
- A comunicação se beneficia do marketing social ao explorar múltiplos canais e tecnologias, como aplicativos móveis e plataformas de mídia, para criar espaços interativos que fortalecem o diálogo e o engajamento.

Portanto, a combinação de IEC e marketing social na mitigação da violência não apenas fortalece as iniciativas educativas, mas também amplia seu impacto social. Ao abordar a violência de forma sistêmica, essas estratégias criam as bases para mudanças comportamentais, culturais e institucionais duradouras, contribuindo para sociedades mais seguras e inclusivas (Grier *et al.*, 2015; Campos *et al.*, 2016; Ministério Da Saúde, 2019; Associação O and Públicos, 2020; Ministério Rio and Da Mulher, 2022; Associação O and Psiquiatria, 2024).

Entretanto, apesar do impacto positivo, a integração de IEC e marketing social enfrenta desafios. Mensagens devem ser culturalmente apropriadas e evitar a estigmatização de grupos vulneráveis. Além disso, é fundamental avaliar continuamente a eficácia das campanhas para garantir que os objetivos sejam alcançados de maneira ética e inclusiva (Tavares *et al.*, 2021). Ao combinar sensibilização, aprendizado e diálogo participativo, com estratégias de marketing, é possível promover mudanças comportamentais e culturais que impactam positivamente a sociedade. A integração dessas abordagens oferece um caminho promissor para construir um futuro mais seguro, justo e inclusivo.

## **8. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **8.1. Tipo e fases do estudo**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quali-quantitativa, com componente analítico, desenvolvido no âmbito da APS. O estudo baseia-se no desenvolvimento, validação e aplicação de um questionário estruturado — Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência — composto por blocos temáticos que permitem a construção de indicadores sintéticos, possibilitando a análise integrada de dimensões complexas da prática profissional na APS relacionado ao manejo da violência.

A investigação apresenta caráter descritivo-analítico, uma vez que, além de caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, examina associações entre variáveis relacionadas ao preparo profissional, às necessidades formativas e ao engajamento em estratégias educativas, especialmente no contexto das ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC). Para esse fim, foram construídos e analisados índices sintéticos integrados, organizados no Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS), permitindo a síntese de evidências quantitativas provenientes das respostas ao instrumento.

Do ponto de vista metodológico, o estudo adota uma perspectiva aplicada e avaliativa, ao produzir subsídios para o planejamento de ações de educação permanente, fortalecimento da prática profissional e formulação de estratégias educativas e comunicacionais voltadas ao manejo da violência na APS. Embora não estabeleça relações de causalidade, em função do delineamento transversal, o estudo contribui para a compreensão de padrões, lacunas e potencialidades na atuação das equipes de saúde, oferecendo evidências relevantes para a qualificação das políticas públicas e das estratégias intersetoriais de mitigação da violência.

O estudo foi desenvolvido em fases metodológicas sequenciais e complementares, visando garantir rigor científico, validade do instrumento e coerência com os objetivos propostos. A primeira fase correspondeu ao diagnóstico situacional, no qual foram analisados referenciais teóricos, normativos e evidências empíricas sobre violência, Atenção Primária à Saúde e estratégias de Informação, Educação e Comunicação,

permitindo a delimitação do problema de pesquisa e a identificação das principais lacunas relacionadas ao preparo profissional, às necessidades formativas e ao engajamento das equipes da APS.

A segunda fase consistiu na construção do questionário, realizada à luz da Teoria Clássica dos Testes (TCT), com elaboração de itens organizados em blocos temáticos coerentes com as dimensões analíticas do estudo. Essa etapa buscou assegurar clareza, relevância e consistência interna dos itens, possibilitando a posterior construção de indicadores sintéticos integrados.

A terceira fase referiu-se à validação de conteúdo do instrumento, realizada por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), a partir da avaliação de especialistas quanto à pertinência, clareza e representatividade dos itens. Essa etapa permitiu refinar o instrumento e assegurar sua adequação conceitual e metodológica para aplicação no contexto da Atenção Primária à Saúde.

A quarta fase correspondeu ao estudo piloto/pré-teste do instrumento, aplicado a um grupo de profissionais com características semelhantes ao público-alvo do estudo, com o objetivo de avaliar compreensão, clareza semântica, tempo de resposta e adequação operacional do questionário. Os resultados do pré-teste subsidiaram ajustes na redação e na organização dos itens. E por fim, a última fase que foi a realização de um estudo transversal na APS na cidade de Fortaleza/Ce.

## **8.2. Fase 1 do diagnóstico situacional: etapas metodológicas**

A Fase 1 do diagnóstico situacional foi estruturada em quatro etapas sequenciais e interdependentes, descritas a seguir.

### **8.2.1. Etapa 1 Levantamento e análise de ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC)**

A etapa 1 do diagnóstico situacional foi dedicada ao levantamento e análise de ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) sobre violência e estratégias de enfrentamento voltadas ao atendimento à pessoa vítima de violência. Esta etapa se estruturou em um conjunto de estratégias que permitiu mapear de maneira abrangente e criteriosa as principais ferramentas de IEC disponíveis, oferecendo subsídios essenciais

para a criação de recursos inovadores, contextualizados e realmente úteis para os profissionais da APS no enfrentamento da violência.

Este processo envolveu múltiplas etapas e fontes de consulta, buscando construir um panorama amplo e atualizado das soluções disponíveis para apoiar profissionais de saúde, especialmente na Atenção Primária.

A primeira etapa consistiu em uma busca sistemática por aplicativos disponíveis na loja Google Play Store. Para isso, foram utilizadas as palavras-chave “violência” (em português) e “*Violence*” (em inglês), procurando identificar aplicativos gratuitos, lançados a partir de 2015 e que tivessem sido atualizados nos últimos dois anos. Foram incluídos apenas aplicativos com relação direta ao tema da violência interpessoal ou comunitária, que oferecessem informação, suporte à denúncia ou ações educativas, sendo excluídos aqueles voltados a entretenimento, segurança de veículos ou notícias. Cada aplicativo identificado foi cuidadosamente avaliado quanto a idioma, público-alvo, ano de lançamento, última atualização, número de downloads e principais funcionalidades, com todas essas informações organizadas em planilhas para facilitar a análise e comparação.

Na sequência, o levantamento se voltou para estudos acadêmicos sobre aplicativos relacionados ao tema, utilizando a plataforma Google Acadêmico. Foram empregadas combinações de descritores em português e inglês, como “violência”, “aplicativo”, “*Violence*”, “*app*” e “*mobile application*”, buscando publicações a partir de 2015. Foram incluídos estudos que abordavam o desenvolvimento, validação ou experiência com aplicativos para enfrentamento da violência, excluindo-se artigos opinativos, duplicados ou sem metodologia clara. Os trabalhos selecionados tiveram seus dados extraídos e organizados em quadros para comparação de objetivos, públicos, funcionalidades e inovações tecnológicas relatadas.

Além disso, foi feita uma busca mais específica por estudos nacionais e internacionais que tratam de aplicativos direcionados a profissionais de saúde, revisando bases como Medline, Embase, PsycINFO e SciELO. Foram considerados artigos, revisões e relatos de experiência publicados nos últimos dez anos que descrevessem aplicativos voltados à capacitação, apoio à decisão, notificação ou manejo de casos de violência no contexto da saúde. Foram excluídos estudos focados apenas no público leigo ou em plataformas não digitais. Para cada referência, foram analisados os objetivos dos aplicativos, principais resultados, desafios e recomendações para uso em saúde.

Na etapa seguinte, a revisão se concentrou em outras ferramentas de IEC além dos aplicativos, buscando identificar cursos online, vídeos, e-learning, cartilhas, jogos digitais, oficinas e outras tecnologias educativas utilizadas junto a profissionais de saúde. Para isso, foram pesquisadas bases como LILACS, SciELO, Medline e Google Acadêmico, com ênfase em estudos publicados a partir de 2014 que descrevessem experiências, avaliações ou resultados de uso dessas ferramentas na abordagem da violência. Ferramentas restritas ao público geral ou contextos hospitalares, ou sem acesso público, foram excluídas. As informações coletadas permitiram analisar não só os formatos e conteúdos, mas também as estratégias pedagógicas e os resultados observados com os profissionais.

Por fim, foi realizado um mapeamento de objetos de aprendizagem abertos, disponíveis gratuitamente em repositórios digitais reconhecidos, como Banco Internacional de Objetos Educacionais, Open WHO, Mundus e portais de universidades. A busca focou recursos educativos digitais voltados à formação de profissionais de saúde sobre violência, em formatos variados como vídeos, podcasts, jogos e módulos de ensino a distância, todos com licença livre para uso. Materiais restritos, desatualizados ou que não dialogavam com a prática em saúde foram desconsiderados. Cada objeto foi descrito em relação ao formato, conteúdo, acessibilidade e potencial de aplicação na Atenção Primária, subsidiando uma análise crítica das oportunidades e desafios para o desenvolvimento de novas ferramentas educativas.

### **8.2.2. Etapa 2a - Desenvolvimento do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência**

Na segunda etapa do estudo, foi desenvolvido o instrumento de coleta de dados denominado “Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência”, com o objetivo de avaliar o preparo profissional, as necessidades formativas e o potencial de engajamento de trabalhadores da APS no manejo da violência.

A elaboração do questionário fundamentou-se em revisão da literatura científica, análise de instrumentos previamente citados em estudos correlatos e adequação às especificidades organizacionais e territoriais da APS. Esse processo foi orientado pelos pressupostos da Teoria Clássica dos Testes (TCT), visando assegurar a consistência interna, a clareza dos itens e a capacidade do instrumento de mensurar adequadamente os

construtos de interesse e é uma abordagem amplamente utilizada no desenvolvimento e validação de instrumentos psicométricos e avaliativos na área da saúde.

Segundo a TCT, o escore observado de um indivíduo em um instrumento de medida é composto pela soma de um escore verdadeiro e de um erro de medida, sendo o principal objetivo metodológico minimizar esse erro por meio da elaboração de itens claros, consistentes e representativos do construto avaliado. No contexto deste estudo, a TCT forneceu base teórica para a definição dos itens, a organização dos blocos temáticos e a escolha dos formatos de resposta, especialmente escalas do tipo Likert, amplamente recomendadas para mensuração de atitudes, percepções e conhecimentos (Robert and Devellis, 2003; Pasquali, 2009; 2017).

Inicialmente, foram identificados os principais temas, competências e dimensões analíticas necessários para avaliar conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais da APS frente às situações de violência. A partir dessas referências, o questionário foi estruturado em cinco blocos temáticos: (1) Perfil Profissional e Formação; (2) Conhecimentos sobre Identificação e Repercussões da Violência; (3) Conhecimento sobre Fluxos e Processos; (4) Ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC); e (5) Atualização Profissional. As questões foram redigidas em linguagem clara e objetiva, buscando contemplar dimensões teóricas, práticas e atitudinais relacionadas ao enfrentamento da violência, utilizando diferentes formatos de perguntas, incluindo questões fechadas (múltipla escolha e escalas do tipo Likert) e questões abertas, destinadas a captar percepções, experiências e sugestões dos participantes.

### **8.2.3. Etapa 2b - Validação do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência**

Na etapa 2b, foram realizados a validação de conteúdo e o pré-teste do questionário *Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência*, etapas essenciais para assegurar a clareza, a pertinência, a validade conceitual e a aplicabilidade operacional do instrumento no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

O questionário foi submetido à avaliação de especialistas, com o objetivo de verificar a adequação do conteúdo, a relevância dos itens e a compreensão das perguntas, sendo posteriormente ajustado conforme as recomendações recebidas. Em seguida, o instrumento foi adaptado para pré-teste e validação, por meio de aplicação on-line,

considerando a facilidade de acesso, a viabilidade operacional e a garantia do sigilo dos participantes. Nessa etapa, participaram 15 profissionais da Atenção Primária à Saúde, de ambos os sexos, residentes no estado do Ceará, selecionados por amostragem aleatória simples, com indicação entre pares, buscando contemplar diversidade de formação profissional e atuação nas equipes de APS. Os blocos do instrumento de validação foram:

- Bloco A – Dados da testagem, incluindo tempo aproximado de preenchimento e dificuldades iniciais;
- Bloco B – Avaliação por seção do questionário, no qual cada bloco temático do instrumento principal foi avaliado quanto à clareza, adequação da linguagem e pertinência, utilizando escala de 1 (muito ruim) a 5 (muito boa);
- Bloco C – Acessibilidade e usabilidade, com questões objetivas (sim/não) e campos abertos sobre compreensão dos termos, tamanho do texto, lógica e sequência das perguntas;
- Bloco D – Sugestões finais, destinado a comentários gerais, sugestões de inclusão ou exclusão de itens e avaliação global da experiência de preenchimento.

Em cada seção, foram disponibilizados campos abertos para comentários, sugestões de melhoria e observações específicas. Contudo, o Bloco D – Sugestões Finais convidou os participantes a indicar a necessidade de inclusão ou exclusão de perguntas, além de registrar considerações gerais sobre a experiência de preenchimento, abrangendo aspectos como facilidade, linguagem, relevância e formato do instrumento.

Participaram dessa etapa 15 profissionais da Atenção Primária à Saúde, selecionados por amostragem intencional, considerando os seguintes critérios de inclusão: (I) formação na área da saúde; (II) atuação profissional na APS; (III) experiência mínima de três anos em assistência, gestão, ensino ou pesquisa na APS e/ou na temática da violência; e (IV) disponibilidade para análise crítica do instrumento. Foram excluídos profissionais que não atuavam diretamente na APS ou que não concluíram integralmente o processo de avaliação.

Os participantes atuaram como juízes avaliadores do conteúdo, analisando cada item do questionário quanto à clareza da redação, adequação da linguagem, relevância temática e pertinência em relação à prática profissional na APS, por meio de formulário eletrônico.

A análise incluiu estatística descritiva simples, com cálculo de frequências e medidas de concordância, combinando os critérios de Lynn com o modelo da análise de validade de conteúdo, utilizando o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), método amplamente empregado na avaliação da adequação semântica e conceitual de instrumentos em estudos em saúde. O cálculo do IVC de cada pergunta foi a soma das respostas 3 e 4 (Concordo parcialmente; e Concordo Totalmente) dos especialistas, dividido pelo número de respostas no tópico, ou seja, total de especialistas. O IVC foi calculado individualmente para cada, sendo considerado adequado um valor igual ou superior a 0,80 (80%) (Lynn, 1986; Trindade *et al.*, 2018; Mfdp *et al.*, 2021) (FIGURA 3).

Figura 3 - Cálculo de Índice de Validade de Conteúdo (IVC)

$$IVCt = \frac{\text{Nº de respostas 3 e 4}}{\text{Nº total de respostas}}$$

**Fonte:** Adaptado de Lynn (Lynn, 1986; Trindade *et al.*, 2018; Mfdp *et al.*, 2021)..

Para tanto, foi utilizado um intervalo de Confiança (IC) de 95%. A decisão levou-se como base os seguintes critérios:

- ✓ Aceito:  $IVC \geq 0,80$
- ✓ Revisar:  $0,70 \leq IVC < 0,79$
- ✓ Rejeitado:  $IVC < 0,70$

As contribuições e sugestões dos especialistas concentraram-se exclusivamente em ajustes na forma de redação das perguntas, visando maior clareza semântica, adequação da linguagem ao cotidiano da APS e eliminação de possíveis ambiguidades, bem como no reordenamento da sequência dos itens e blocos temáticos, com o objetivo de melhorar a fluidez do instrumento e reduzir a fadiga do respondente. Não houve exclusão ou modificação, mas a inclusão de 3 itens, preservando-se a estrutura dimensional em blocos do questionário originalmente concebida. O questionário, em sua primeira versão, era composto por 36 itens dispostos em blocos temáticos previamente definidos, número que foi alterado para 39 ao longo do processo de validação.

À luz da Teoria Clássica dos Testes (TCT), essa decisão metodológica mostrou-se adequada, uma vez que os ajustes realizados buscaram reduzir o erro de medida associado à interpretação dos itens, sem alterar o conteúdo substantivo dos construtos avaliados. Dessa forma, manteve-se a coerência conceitual e a homogeneidade dos blocos temáticos, pressupostos fundamentais da TCT para a soma e agregação dos escores. A aplicação da TCT permitiu ainda orientar os procedimentos de avaliação da qualidade do instrumento, incluindo análise de clareza, pertinência e consistência interna dos itens, bem como o uso de estratégias de validação de conteúdo, como o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

A avaliação da concordância dos itens no processo de validação combinou os critérios de Lynn com o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), possibilitando uma análise objetiva da adequação dos itens e a integração das percepções qualitativas dos avaliadores. Destaca-se que, neste estudo, foi realizada análise de validade de conteúdo, não tendo sido conduzida análise fatorial exploratória ou confirmatória. Tal escolha justifica-se por se tratar de uma dissertação de mestrado, com escopo e tempo delimitados, além de o foco do estudo estar direcionado à aplicabilidade prática do instrumento e à construção de índices sintéticos, conforme os pressupostos da Teoria Clássica dos Testes (TCT). A ausência de análise fatorial não compromete os objetivos da pesquisa, uma vez que os construtos avaliados foram previamente definidos teoricamente e validados quanto ao conteúdo, clareza e pertinência.

#### **8.2.4. Etapa 2b - Estudo piloto (pré-teste) do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência**

O pré-teste é realizado para verificar se o instrumento de pesquisa é compreensível, funcional e adequado ao contexto real de aplicação, antes de sua utilização em larga escala. Essa etapa permite identificar problemas de redação, ambiguidades, dificuldades de interpretação, falhas na sequência das perguntas e aspectos operacionais, como tempo de preenchimento e usabilidade. Ao possibilitar ajustes prévios, o pré-teste contribui para reduzir erros de medida, aumentar a qualidade dos dados coletados e fortalecer a validade operacional do instrumento, conforme os pressupostos da Teoria Clássica dos Testes (TCT).

Após a validação de conteúdo, o questionário foi submetido ao estudo piloto/ pré-teste, com o objetivo de avaliar sua operacionalização prática, incluindo a clareza das instruções, a compreensão das perguntas, a fluidez do preenchimento, a lógica e a

sequência dos blocos temáticos, bem como o tempo necessário para resposta. Embora a validação e o pré-teste sejam etapas metodologicamente distintas, ambas foram conduzidas de forma integrada e complementar no processo de construção do instrumento.

O pré-teste foi realizado com 15 profissionais da Atenção Primária à Saúde, residentes no estado do Ceará, selecionados por amostragem aleatória simples, com indicação entre pares, buscando contemplar diversidade de formação profissional, tempo de atuação e inserção nas equipes de APS. Os critérios de inclusão foram: (I) atuação atual na APS; e (II) concordância em participar do estudo mediante aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para essa etapa, foi utilizado a versão validada do questionário *Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência* estruturado em cinco blocos:

- Bloco 1 – Perfil Profissional e Formação
- Bloco 2 – Conhecimentos sobre Identificação e Repercussões
- Bloco 3 – Conhecimento sobre Fluxos e Processos
- Bloco 4 – Ferramentas de IEC e Atualização Profissional
- Bloco 5 – Avaliação Pessoal e Sugestões Finais

Neste estudo, o pré-teste permitiu identificar dificuldades pontuais de interpretação e aspectos relacionados à organização do instrumento, especialmente em itens referentes aos fluxos de atendimento e ao uso do SINAN. As adequações realizadas limitaram-se, novamente, a ajustes de redação e ordenamento, sem alteração no número de itens, reforçando a validade operacional do questionário e sua adequação à prática cotidiana dos profissionais da APS.

Tanto o questionário quanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram disponibilizados por meio da plataforma Google Forms®, incluindo o. Os dados coletados em ambos os instrumentos foram organizados em planilhas no Excel for Windows® e analisados por meio de estatística descritiva, permitindo a identificação de ajustes necessários ao instrumento antes de sua aplicação em larga escala.

Após essas etapas, o instrumento foi considerado apto para aplicação no estudo transversal, garantindo rigor metodológico, consistência conceitual e viabilidade operacional.

### **8.2.5. Etapa 3 - Estudo transversal com profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS)**

A Etapa 3 da Fase 1 do diagnóstico situacional consistiu na realização de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, junto a profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), com o objetivo de mapear lacunas, potencialidades e necessidades formativas no manejo da violência, bem como operacionalizar a construção dos Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS): Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS), Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS (INF-MVAPS) e Índice de Engajamento e Atratividade de Estratégias Educativas para Violência na APS (IEAEE-VAPS).

A população do estudo foi composta por profissionais da Atenção Primária à Saúde atuantes no município de Fortaleza, Ceará, vinculados às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), independentemente da categoria profissional. Foram adotados como critérios de inclusão: (I) ser profissional de saúde com atuação na APS do município de Fortaleza; (II) estar em exercício profissional no período da coleta de dados; (III) ter idade igual ou superior a 18 anos; (IV) aceitar participar do estudo mediante leitura e concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram definidos como critérios de exclusão: (i) profissionais afastados de suas atividades por licença ou férias durante o período da coleta; (ii) profissionais que não concluíram integralmente o questionário; (iii) respostas duplicadas ou inconsistentes, identificadas na etapa de conferência do banco de dados.

A amostra final do estudo foi composta por 79 profissionais da Atenção Primária à Saúde, obtida por amostragem não probabilística por conveniência, estratégia frequentemente utilizada em estudos exploratórios e diagnósticos no contexto dos serviços de saúde, especialmente quando se busca alcançar diferentes categorias profissionais em curto período. Buscou-se, contudo, ampliar a diversidade da amostra por meio da captação em múltiplos canais de divulgação, com o objetivo de reduzir vieses decorrentes da concentração em um único serviço ou categoria profissional.

A divulgação do estudo e o convite à participação foram realizados por diferentes estratégias complementares: (i) envio de convites por e-mail institucional e pessoal; (ii) divulgação em redes sociais digitais, especialmente Instagram® e Facebook®, em grupos

e perfis relacionados à saúde e à APS; (iii) apoio de pontos focais da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, que auxiliaram na disseminação do convite junto às Unidades de Atenção Primária à Saúde.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário eletrônico autoadministrado, previamente validado e submetido a pré-teste, conforme descrito nas etapas metodológicas anteriores. O link de acesso ao questionário, hospedado na plataforma Google Forms®, foi acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Apenas após a concordância eletrônica com o TCLE o participante teve acesso às perguntas do estudo. O preenchimento do instrumento ocorreu de forma voluntária, anônima e sem qualquer tipo de incentivo financeiro.

As respostas obtidas subsidiaram diretamente a construção dos três índices sintéticos do estudo: IPPMV-APS, INF-MVAPS e IEAEE-VAPS, permitindo a síntese analítica de fenômenos multidimensionais relacionados à prática profissional na APS frente à violência.

### **8.3. Fase 2 - Construção e alinhamento do Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS)**

O Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS) corresponde a um conjunto de índices construídos a partir de evidências quantitativas e qualitativas obtidas por meio do questionário “Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência”, com o objetivo de sintetizar dimensões complexas da atuação profissional na APS relacionadas ao preparo, às necessidades formativas e ao engajamento em estratégias educativas para o manejo da violência. Os índices foram construídos de forma aditiva, a partir de blocos temáticos do questionário, permitindo sua reprodução por outros pesquisadores ou gestores mediante a aplicação integral do instrumento “Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência”.

A construção dos Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS) constituiu uma etapa analítica central do presente estudo, tendo como finalidade operacionalizar, sintetizar e integrar informações complexas oriundas do questionário validado, transformando múltiplas variáveis em

medidas sintéticas capazes de expressar, de forma objetiva e comparável, aspectos fundamentais da atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) frente às situações de violência. Há que se destacar, porém que a capacidade técnica, operacional e subjetiva foi mensurada a partir de autorrelato, funcionando como um diagnóstico situacional e como base para o planejamento formativo na APS, e não como uma avaliação direta do desempenho observado na prática.

A opção metodológica pelo uso de índices compostos fundamentou-se no reconhecimento de que o enfrentamento da violência no âmbito da APS envolve fenômenos multidimensionais, que não podem ser adequadamente compreendidos por meio de variáveis isoladas. Conhecimentos técnicos, práticas institucionais, percepções subjetivas, motivações formativas e preferências por ferramentas educativas se articulam de maneira interdependente no cotidiano do cuidado, exigindo estratégias analíticas capazes de captar essa complexidade sem perder clareza interpretativa.

O SIIS-VAPS é composto pelos seguintes indicadores:

1. Índice de Preparo Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS) que avalia a capacidade percebida e operacional dos profissionais para identificar, acolher, manejar e encaminhar situações de violência.
2. Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS (INF-MVAPS) que sintetiza lacunas formativas, experiências prévias de capacitação e disposição para educação permanente.
3. Índice de Engajamento e Atratividade de Estratégias Educativas para Violência na APS (IEAEE-VAPS) que mensura o potencial de engajamento dos profissionais com estratégias educativas, especialmente digitais e híbridas.

Nesse sentido, os SIIS-VAPS foram concebidos como instrumentos de síntese analítica e apoio à tomada de decisão, alinhados tanto aos objetivos do diagnóstico situacional quanto à etapa subsequente de desenvolvimento de uma ferramenta de Informação, Educação e Comunicação (IEC). Sua construção buscou equilibrar rigor conceitual, viabilidade operacional e potencial de uso prático, respeitando os limites e possibilidades do contexto da APS.

Vale destacar que o Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS) foi desenvolvido com base em metodologia de síntese aditiva de variáveis, organizadas por blocos temáticos do questionário,

permitindo sua reprodução por outros pesquisadores e gestores mediante a aplicação integral do instrumento e a observância dos critérios de cálculo descritos.

#### A. Princípios metodológicos orientadores

A elaboração dos índices seguiu quatro princípios metodológicos centrais. O primeiro foi a síntese de fenômenos multidimensionais, reconhecendo que o preparo profissional para o atendimento à pessoa em situação de violência não se restringe ao domínio normativo, mas envolve capacidade de identificação, articulação em rede, uso de sistemas de informação e segurança subjetiva para a tomada de decisão. O segundo princípio foi a comparabilidade interna, permitindo analisar diferenças e padrões entre profissionais com distintos perfis formativos, categorias profissionais e níveis de escolaridade. O terceiro princípio consistiu no alinhamento conceitual direto com os objetivos específicos do estudo, especialmente aqueles voltados ao diagnóstico de lacunas e potencialidades formativas e ao desenho do protótipo IEC. Por fim, o quarto princípio foi a clareza interpretativa, garantindo que os escores produzidos fossem facilmente compreendidos por gestores, pesquisadores e profissionais de saúde.

#### B. Estratégia geral de construção dos índices

Os três índices foram construídos a partir das variáveis coletadas no estudo transversal, todas oriundas do questionário previamente validado e pré testado. Para cada índice, foram definidas cinco dimensões analíticas, consideradas essenciais para a representação do constructo de interesse. Cada dimensão recebeu pontuação binária (0 ou 1), conforme critérios previamente estabelecidos, resultando em escores totais variando de 0 a 5 pontos.

A escolha pela pontuação aditiva simples fundamentou-se em sua robustez metodológica, ampla utilização em estudos avaliativos na área da saúde coletiva e facilidade de interpretação. Essa estratégia permitiu integrar diferentes dimensões sem atribuir pesos arbitrários, preservando a transparência do processo analítico e facilitando a replicabilidade do método em estudos futuros.

Para fins interpretativos e analíticos, os escores finais de cada índice foram categorizados em três níveis: baixa, moderada e alta, respeitando pontos de corte

coerentes com a distribuição dos dados e com a literatura metodológica sobre indicadores compostos.

Os três índices foram construídos de forma articulada e complementar, compondo um sistema integrado de análise. O IPPMV-APS sintetizou o nível atual de prontidão para o atendimento à vítima; o INF-MVAPS mapeou a disposição subjetiva e objetiva para processos formativos; e o IEAEE-VAPS indicou o grau de atratividade e viabilidade de diferentes formatos educativos.

### C. Aplicação da Teoria Clássica dos Testes (TCT) na construção e interpretação dos índices

A Teoria Clássica dos Testes (TCT) foi utilizada como referencial metodológico central para a seleção dos itens, definição dos escores e construção dos índices sintéticos que compõem o Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS). Conforme os pressupostos da TCT, parte-se do entendimento de que o escore observado em cada item resulta da soma entre o escore verdadeiro do construto avaliado e o erro de medida, sendo fundamental reduzir esse erro por meio de itens claros, coerentes e alinhados teoricamente às dimensões de interesse.

No presente estudo, a TCT orientou inicialmente a escolha dos itens que compuseram cada índice, priorizando aqueles considerados conceitualmente relevantes, semanticamente claros e representativos das dimensões analíticas avaliadas, conforme a validação de conteúdo realizada por especialistas. Os itens foram organizados em blocos temáticos homogêneos, assumindo que itens pertencentes ao mesmo bloco mensuram aspectos relacionados de um mesmo construto latente, como preparo profissional, conhecimento sobre violência ou engajamento em estratégias educativas.

Os escores dos itens foram definidos de forma padronizada, especialmente para as questões estruturadas em escalas do tipo Likert, nas quais valores crescentes representaram maior concordância, maior nível de conhecimento ou maior engajamento percebido. Esses escores individuais foram posteriormente somados ou agregados, conforme a lógica da TCT, para compor escores parciais por bloco temático, assumindo-se que a soma dos itens expressa, de forma aproximada, o nível do construto avaliado para cada respondente.

A partir desses escores parciais, foram construídos os índices sintéticos, por meio de procedimentos de padronização e agregação, permitindo a comparação entre participantes e entre dimensões analíticas. Os índices foram organizados de modo que valores mais elevados indicassem melhores condições de preparo, maior conhecimento, maior articulação com fluxos institucionais ou maior engajamento em estratégias de IEC, enquanto valores mais baixos sinalizassem lacunas formativas, fragilidades organizacionais ou baixa apropriação das ferramentas avaliadas.

A interpretação dos escores dos índices seguiu os princípios da TCT, reconhecendo que tais medidas não representam valores absolutos, mas estimativas aproximadas do nível do construto, úteis para análise comparativa, identificação de padrões e subsidiar decisões em saúde pública. Dessa forma, os índices construídos no âmbito do SIIS-VAPS permitiram sintetizar informações complexas provenientes de múltiplos itens, reduzindo a dimensionalidade dos dados sem perder consistência teórica, e possibilitando a análise integrada do preparo, das necessidades formativas e do potencial de engajamento dos profissionais da APS no manejo da violência.

Esse alinhamento permitiu não apenas descrever a situação atual da APS frente à violência, mas também orientar estrategicamente o desenvolvimento, a priorização e a implementação de intervenções educativas, reforçando o caráter aplicado e translacional do estudo. Assim, os SIIS-VAPS configuraram-se como ferramentas metodológicas centrais para a integração entre diagnóstico, análise e proposição de soluções no campo da Saúde Coletiva (QUADRO 9).

**Quadro 9** - Síntese do Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS), dimensões constitutivas, variáveis operacionais, aplicação da Teoria Clássica dos Testes (TCT) e alinhamento com os objetivos específicos do estudo. Fortaleza/CE, 2025.

Índice	Objetivo(s) relacionado(s)	Objetivo do índice	Definição operacional	Dimensão constitutiva	Variável(is) operacional(is)	Critério (1 ponto)	Uso da TCT
<b>IPPMV-APS</b> Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS	Mapear lacunas no reconhecimento de situações de violência na APS	Avaliar a prontidão profissional para o manejo da violência na APS.	Sintetiza o nível de preparo técnico, operacional e subjetivo dos profissionais da APS para identificar, acolher, manejar, registrar e encaminhar situações de violência.	Reconhecimento de sinais de violência	Número de sinais físicos e psicológicos reconhecidos	Identifica $\geq 2$ sinais (físicos ou psicológicos)	Itens conceitualmente homogêneos somados para estimar o escore verdadeiro do construto “preparo profissional”.
	Avaliar domínio dos procedimentos institucionais			Conhecimento dos fluxos institucionais	Conhecimento de fluxos formais por perfil da vítima	Conhece $\geq 2$ fluxos formais	Agregação de itens dicotômicos conforme pressupostos aditivos da TCT.
	Identificar barreiras e potencialidades na notificação			Conhecimento dos canais de denúncia	Reconhecimento de canais oficiais	Conhece $\geq 2$ canais oficiais	Redução do erro de medida por critérios objetivos de pontuação.
	Analisar articulação da prática profissional à vigilância			Integração à vigilância epidemiológica	Uso ou conhecimento do SINAN	Já utilizou ou declara saber utilizar	Item indicador direto do construto, somado ao escore total.
	Sintetizar segurança subjetiva no manejo			Preparo percebido	Autopercepção de preparo	Declara preparo $\geq$ regular	Inclusão de dimensão subjetiva conforme TCT aplicada a atitudes.
<b>INF-MVAPS</b> Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS	Identificar demanda potencial por educação permanente	Identificar necessidades formativas e potencial de educação permanente.	Avalia lacunas formativas percebidas, interesse em capacitação e reconhecimento de limitações teórico-práticas.	Interesse por capacitação	Desejo de participar de formações	Responde “sim”	Escore obtido pela soma de itens que estimam motivação e necessidade percebida.
	Avaliar reconhecimento institucional do tema			Importância atribuída ao tema	Valorização do tema violência	Responde “sim”	Itens atitudinais tratados como indicadores do construto.
	Mapear déficits percebidos de conhecimento			Reconhecimento de lacuna teórica	Autoavaliação do conhecimento (0–5)	Nota $< 3$	Transformação de escala contínua em critério binário, conforme TCT.
	Identificar fragilidades práticas			Reconhecimento de limitação prática	Autoavaliação da prática profissional	Regular, ruim ou muito ruim	Padronização dos escores para agregação no índice.

	Avaliar engajamento com o tema			Busca ativa por conhecimento	Frequência de busca por informações (0–5)	Nota $\geq 3$	Indicador comportamental somado ao escore total.
<b>IEAEE-VAPS</b> Índice de Engajamento e Atratividade de Ferramentas Educativas em Violência na APS	Mapear familiaridade com tecnologias educativas	Quantificar predisposição ao uso de estratégias educativas e IEC.	Mensura o potencial de engajamento com ferramentas educativas, especialmente digitais, considerando acessibilidade, atratividade e aceitação.	Uso prévio de conteúdos digitais	Utilização de vídeos, infográficos ou materiais digitais	Usa ao menos um formato	Itens agregados para estimar engajamento educacional.
	Orientar formato da ferramenta IEC			Preferência por recursos interativos	Ferramenta considerada mais eficaz	Escolhe aplicativos ou protocolos digitais	Soma de indicadores de preferência conforme TCT.
	Adequar linguagem e formato da intervenção			Valorização da objetividade	Características desejadas	Marca “curto”, “direto” ou “simples”	Indicadores comportamentais somados ao escore.
	Garantir acessibilidade na APS			Importância do acesso offline	Valorização do uso sem internet	Responde “sim”	Inclusão de item contextual para redução de viés estrutural.
	Avaliar viabilidade da intervenção			Experiência prévia em educação digital	Uso de cursos ou materiais online	Responde “sim”	Estimativa do escore verdadeiro de predisposição educativa.

**Fonte:** Elaboração própria, com base na Teoria Clássica dos Testes (TCT), nos critérios de validação de conteúdo (Lynn; IVC) e em documentos normativos do Ministério da Saúde sobre violência e Atenção Primária à Saúde.

**Nota metodológica:** Cada índice é composto por cinco dimensões, com pontuação binária (0 = não atende ao critério; 1 = atende ao critério), totalizando escores de 0 a 5 pontos. A classificação interpretativa adotada foi: baixa (0–1), moderada (2–3) e alta (4–5). A construção dos índices seguiu os pressupostos da Teoria Clássica dos Testes (TCT), considerando a soma de itens homogêneos como estimativa do escore verdadeiro dos construtos avaliados. Os índices foram utilizados para análises descritivas, comparações entre subgrupos e para subsidiar o desenvolvimento do protótipo de Informação, Educação e Comunicação (IEC)..

#### D. Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS)

O Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS) foi desenvolvido com o objetivo de avaliar de forma integrada a capacidade técnica, operacional e subjetiva dos profissionais da APS para identificar, conduzir, registrar e encaminhar situações de violência. Este índice está diretamente alinhado ao objetivo específico de mapear o nível de preparo dos profissionais e identificar lacunas críticas no atendimento.

O IPPMV-APS integrou cinco dimensões consideradas estratégicas no enfrentamento da violência na APS: (1) reconhecimento de sinais de violência; (2) conhecimento dos fluxos de atendimento; (3) conhecimento dos canais formais de denúncia; (4) uso ou conhecimento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); e (5) preparo percebido para lidar com casos de violência.

Cada dimensão recebeu um ponto quando o profissional atingiu o critério mínimo definido, como identificar dois ou mais sinais de violência, conhecer ao menos dois fluxos formais, reconhecer dois ou mais canais oficiais de denúncia, declarar uso ou domínio do SINAN e avaliar sua capacidade de atuação como, no mínimo, regular. A soma dessas dimensões resultou em um escore final classificado em baixa prontidão (0–1), prontidão moderada (2–3) e alta prontidão (4–5).

Essa estrutura permitiu captar não apenas o conhecimento normativo, mas também a operacionalidade e a autopercepção de preparo, reconhecendo que a prática em saúde é mediada por fatores objetivos e subjetivos.

#### E. Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS (INF-MVAPS)

O Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS (INF-MVAPS) foi construído com o objetivo de avaliar o nível de motivação, interesse e reconhecimento de necessidades formativas dos profissionais da APS em relação ao tema da violência, estando diretamente alinhado ao objetivo específico de identificar perfis prioritários para ações educativas.

O INF-MVAPS integrou cinco dimensões: (1) interesse em participar de capacitações; (2) importância atribuída ao tema da violência na formação profissional; (3) reconhecimento de lacunas teóricas; (4) reconhecimento de limitações práticas; e (5) busca ativa por conhecimento. Essas dimensões foram selecionadas por refletirem tanto aspectos motivacionais quanto cognitivos e comportamentais relacionados à educação permanente em saúde.

A atribuição de pontos considerou respostas que expressassem desejo de capacitação, valorização do tema, autopercepção de insuficiência de conhecimento ou habilidade e engajamento ativo na busca por informações. Os escores finais permitiram classificar os profissionais em baixa, moderada ou alta disposição para formação, sendo esta última considerada o perfil ideal para a implementação inicial da ferramenta de IEC.

#### F. Índice de Engajamento e Atratividade de Estratégias Educativas para Violência na APS (IEAEE-VAPS)

O Índice de Engajamento e Atratividade de Estratégias Educativas para Violência na APS (IEAEE-VAPS) teve como objetivo mensurar o potencial de engajamento dos profissionais da APS com diferentes formatos de ferramentas educativas, especialmente aquelas baseadas em tecnologias digitais. Este índice está diretamente alinhado ao objetivo específico de orientar o desenho conceitual e operacional do protótipo de IEC a ser desenvolvido.

O IEAEE-VAPS integrou cinco dimensões relacionadas ao uso e às preferências por ferramentas educativas: (1) uso prévio de conteúdos digitais; (2) preferência por aplicativos ou recursos interativos; (3) valorização da praticidade e objetividade; (4) importância do acesso offline; e (5) experiência prévia com cursos ou materiais online. Cada dimensão foi pontuada conforme critérios que indicavam maior propensão ao uso de ferramentas educativas digitais.

A classificação final em baixa, moderada ou alta atratividade digital permitiu identificar perfis mais tradicionais e perfis mais aderentes a soluções tecnológicas, subsidiando decisões estratégicas sobre o formato, a linguagem e os recursos a serem incorporados no protótipo IEC.

#### **8.4. Análise dos dados**

A análise estatística dos dados foi conduzida de forma sistemática, planejada e alinhada aos objetivos gerais e específicos do estudo, contemplando todas as fases do diagnóstico situacional, desde as etapas iniciais de validação e pré-teste do instrumento até o estudo transversal junto aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Todas as análises foram realizadas utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão XX.X, adotando-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

Inicialmente, os dados provenientes dos diferentes instrumentos e etapas do estudo foram organizados em planilhas eletrônicas no Microsoft Excel for Windows®, respeitando a identificação de cada fase (validação, pré-teste e estudo transversal). Posteriormente, os bancos foram importados para o SPSS, onde foram realizadas as etapas de verificação de consistência, padronização de variáveis e definição dos rótulos (labels) e valores (value labels).

Foram realizadas análises de verificação de erros de digitação, de respostas duplicadas, de valores ausentes e de inconsistências lógicas entre variáveis. Os dados ausentes foram analisados quanto à frequência e padrão de ocorrência; quando considerados esporádicos e aleatórios, optou-se pela análise por casos válidos (*listwise deletion*), preservando a integridade estatística das análises subsequentes.

As variáveis categóricas foram codificadas numericamente, enquanto as variáveis contínuas e ordinais foram mantidas em suas escalas originais, permitindo análises descritivas e inferenciais adequadas à natureza dos dados (QUADRO 10).

**Quadro 10** - Análise estatística segundo fases e etapas do estudo, objetivos, procedimentos adotados e produtos gerados. Fortaleza/CE, 2025.

<b>Fase do estudo</b>	<b>Etapas</b>	<b>Objetivo analítico da etapa</b>	<b>Procedimentos e testes estatísticos</b>	<b>Produto analítico gerado</b>
Fase 1 – Diagnóstico situacional	Etapa 1 – Levantamento de ferramentas IEC	Mapear ferramentas de Informação, Educação e Comunicação sobre fluxos e processos no atendimento à pessoa vítima de violência	Sistematização temática; categorização por tipo, público-alvo e funcionalidades	Quadro descritivo das ferramentas IEC identificadas
	Etapa 2a – Desenvolvimento do questionário	Construir instrumento capaz de captar dimensões técnicas, subjetivas e operacionais da atuação profissional	Organização dos blocos temáticos; definição de escalas e escores	Versão preliminar do questionário estruturado
	Etapa 2b – Validação do questionário	Avaliar clareza, relevância e pertinência dos itens do instrumento	Índice de Validação de Conteúdo (IVC); análise qualitativa das sugestões dos juízes	Questionário validado (IVC $\geq$ 0,80)
	Etapa 2c – Pré-teste do questionário	Verificar usabilidade, compreensão, tempo de preenchimento e coerência interna	Frequências, médias, medianas e desvios-padrão; análise de concordância	Versão final do instrumento ajustada
Fase 2 – Estudo transversal	Coleta de dados com profissionais da APS (n = 79)	Caracterizar perfil profissional e mapear práticas, conhecimentos e percepções	Frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central e dispersão	Tabelas univariadas do perfil e das variáveis-chave
Fase 3 – Construção dos SIIS-VAPS	IPPMV-APS, INF-MVAPS e IEAEE-VAPS	Sintetizar dimensões complexas da prática profissional e da formação	Criação de variáveis derivadas; soma aditiva; categorização (baixa, moderada, alta)	Escore e classificações dos índices
Fase 4 – Análise bivariada	Associação entre índices e variáveis independentes	Identificar associações entre prontidão, formação, atratividade e perfil profissional	Qui-quadrado de Pearson; correção de Yates; teste exato de Fisher; RP e IC95%	Tabelas bivariadas com medidas de associação
Fase 5 – Comparação de escores	Comparação entre grupos independentes	Comparar escores contínuos dos índices entre grupos	Teste de Mann–Whitney	Diferenças estatisticamente significativas entre grupos
Todas as fases	Integração e interpretação	Articular resultados estatísticos aos objetivos do estudo	Interpretação substantiva dos achados	Subsídios para discussão e recomendações

**Fonte:** Elaboração própria.

Na etapa de validação do questionário de pesquisa (Etapa 2b), a análise estatística teve caráter predominantemente descritivo e avaliativo, com foco na verificação da adequação do conteúdo, clareza, pertinência e relevância dos itens. Para essa etapa, foi calculado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) para cada item e para o instrumento como um todo, considerando as avaliações atribuídas pelos juízes especialistas. O IVC foi obtido a partir da proporção de respostas consideradas adequadas (escores elevados nas escalas de avaliação), conforme critérios metodológicos clássicos. Além do IVC quantitativo, foram analisadas de forma sistematizada as contribuições qualitativas dos especialistas, registradas nos campos abertos do instrumento de avaliação. Essas informações subsidiaram ajustes pontuais na redação, na ordem das perguntas e na adequação da linguagem ao contexto da APS, sendo essa análise conduzida por leitura exhaustiva e categorização temática no próprio ambiente do SPSS, por meio da organização das respostas em categorias analíticas.

Os dados obtidos no estudo piloto, realizado na etapa de pré-teste do questionário, foram utilizados exclusivamente para o aperfeiçoamento metodológico e operacional do instrumento de pesquisa, não sendo incorporados ao banco de dados do estudo principal. Essa etapa teve como finalidade identificar eventuais problemas de compreensão das perguntas, ambiguidades na redação, inadequações na linguagem utilizada, dificuldades relacionadas à lógica e à sequência dos itens, bem como avaliar o tempo necessário para o preenchimento do questionário no contexto real de trabalho dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

A análise das respostas do pré-teste, incluindo as avaliações quantitativas e as contribuições qualitativas dos participantes, permitiu realizar ajustes pontuais na redação das perguntas e no reordenamento da sequência dos itens, sem alteração no número de questões. À luz dos pressupostos da Teoria Clássica dos Testes (TCT), o uso dos dados do estudo piloto contribuiu para a redução do erro de medida, fortalecendo a clareza, a consistência e a validade operacional do instrumento. Dessa forma, o pré-teste assegurou que o questionário estivesse adequado à realidade da APS e apto para sua aplicação no estudo transversal, garantindo maior qualidade e confiabilidade aos dados posteriormente coletados.

No estudo transversal, realizado com 79 profissionais da APS, foi inicialmente conduzida uma análise descritiva detalhada do perfil sociodemográfico, formativo e ocupacional dos participantes.

Para as variáveis categóricas (sexo, formação, tempo de atuação, participação prévia em capacitações), foram calculadas frequências absolutas (n) e relativas (%). Para as variáveis contínuas e ordinais (idade, tempo de atuação, escores dos índices e de suas dimensões), foram calculadas média, desvio-padrão, mediana, valores mínimo e máximo, conforme apropriado. Essa etapa permitiu caracterizar o cenário empírico da APS no contexto estudado e identificar padrões gerais de conhecimento, práticas e percepções relacionadas ao enfrentamento da violência.

A construção dos três índices compostos — IPPMV-APS, INF-MVAPS e IEAEE-VAPS — foi operacionalizada no SPSS por meio da criação de variáveis derivadas, utilizando sintaxe específica para soma aditiva das dimensões pontuadas binariamente (0 ou 1). Após o cálculo dos escores totais (0 a 5 pontos), os índices foram categorizados em baixa, moderada e alta, conforme critérios previamente definidos. Foram analisadas as distribuições de frequência dessas categorias, bem como as medidas descritivas dos escores contínuos, permitindo avaliar o comportamento global de cada índice na amostra.

Adicionalmente, foram exploradas as distribuições internas das dimensões constitutivas de cada índice, com o objetivo de identificar quais componentes contribuíram mais fortemente para os níveis observados de prontidão, disposição formativa e atratividade de ferramentas.

Para investigar associações entre os índices (IPPMV-APS, INF-MVAPS e IEAEE-VAPS) e variáveis independentes (nível de formação, sexo, faixa etária, tempo de atuação), foram realizadas análises bivariadas, utilizando testes estatísticos adequados à natureza das variáveis. Nas associações entre variáveis categóricas, utilizou-se prioritariamente o teste do qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ). Quando aplicável, foi utilizada a correção de continuidade de Yates para tabelas 2×2 com frequências esperadas próximas ao limite mínimo. Nos casos em que mais de 20% das células apresentaram frequências esperadas inferiores a cinco, aplicou-se o teste exato de Fisher, garantindo maior robustez analítica.

Para cada associação significativa, foram calculadas razões de prevalência (RP) com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), permitindo estimar a magnitude e a direção das associações observadas.

A comparação dos escores contínuos dos índices entre dois grupos independentes foi realizada por meio do teste não paramétrico de Mann–Whitney, considerando a

natureza ordinal dos escores e a ausência de pressuposto de normalidade. Esse teste foi utilizado para comparar, por exemplo, profissionais com nível médio versus superior, bem como diferentes categorias de sexo e faixas etárias.

Os resultados foram apresentados por meio de medianas e intervalos interquartílicos, acompanhados dos respectivos valores de  $p$ , permitindo uma interpretação consistente e adequada aos dados observados. A interpretação dos achados estatísticos foi realizada de maneira articulada à discussão teórica, evitando leituras exclusivamente numéricas e buscando evidenciar as implicações práticas dos resultados para a formação profissional, a organização do trabalho na APS e o desenvolvimento de estratégias de Informação, Educação e Comunicação voltadas ao enfrentamento da violência (QUADRO 11).

**Quadro 11** - Fases e etapas metodológicas do estudo segundo finalidades, procedimentos metodológicos e produtos gerados. Fortaleza/CE, 2025.

<b>Fase do estudo</b>	<b>Etapas</b>	<b>Finalidade da etapa</b>	<b>Principais procedimentos metodológicos</b>	<b>Produto gerado</b>
<b>Fase 1 – Diagnóstico situacional</b>	<b>Etapa 1</b> – Levantamento de ferramentas IEC	Identificar ferramentas existentes de Informação, Educação e Comunicação sobre fluxos e processos no atendimento à pessoa vítima de violência	Busca em bases científicas, repositórios institucionais e plataformas digitais; aplicação de critérios de inclusão e exclusão; análise descritiva e comparativa	Quadro-síntese de ferramentas IEC e subsídios conceituais para o questionário e para o IEAEE-VAPS
	<b>Etapa 2a</b> – Desenvolvimento do questionário	Construir instrumento capaz de captar dimensões técnicas, subjetivas e operacionais da atuação profissional frente à violência	Revisão de literatura; incorporação dos achados da Etapa 1; definição de blocos temáticos e variáveis; elaboração de perguntas e escalas	Versão preliminar do questionário estruturado
	<b>Etapa 2b</b> – Validação do questionário	Avaliar clareza, relevância e pertinência dos itens do instrumento	Avaliação por juízes especialistas; cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC $\geq$ 0,80); análise qualitativa das sugestões	Questionário validado quanto ao conteúdo
	<b>Etapa 2c</b> – Pré-teste do questionário	Verificar usabilidade, compreensão, tempo de preenchimento e adequação operacional	Aplicação piloto; instrumento de testagem específico; estatística descritiva; ajustes finais	Versão final do questionário
	<b>Etapa 3</b> – Estudo transversal	Aplicar o instrumento e mapear lacunas, potencialidades e necessidades formativas na APS	Coleta online com profissionais da APS (n = 79); amostragem por conveniência; divulgação multicanal	Banco de dados empírico do diagnóstico situacional
<b>Fase 2 – Construção analítica</b>	—	Sintetizar informações complexas em indicadores integrados	Criação de variáveis derivadas; soma aditiva; categorização dos escores	Índices IPPMV-APS, INF-MVAPS e IEAEE-VAPS
<b>Fase 3 – Análise estatística</b>	—	Analisar padrões, associações e diferenças entre grupos	Estatística descritiva, bivariada e não paramétrica (SPSS)	Tabelas, razões de prevalência, escores comparativos

**Fonte:** Elaboração própria

**Nota:** IEC = Informação, Educação e Comunicação; APS = Atenção Primária à Saúde.

## 8.5. Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e integra o projeto guarda-chuva “Efeitos de um programa contínuo de ações de formação sobre promoção da saúde sobre conhecimentos e práticas de usuários, profissionais, acadêmicos das áreas da saúde e da educação”, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 67830217.9.0000.5038).

A etapa de levantamento de ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) teve caráter documental, utilizando exclusivamente fontes de acesso público, sem envolvimento direto de participantes humanos.

O desenvolvimento do questionário considerou princípios éticos desde sua concepção, especialmente por abordar a temática da violência, evitando linguagem julgadora e priorizando formulações claras, respeitosas e adequadas ao contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

A validação do instrumento contou com a participação voluntária de juízes especialistas, selecionados conforme experiência na APS, Saúde Coletiva ou temática da violência. Todos foram informados sobre os objetivos da etapa, garantias de anonimato e uso exclusivo das informações para fins científicos, mediante aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O pré-teste foi realizado com 15 profissionais da APS, selecionados por amostragem aleatória simples com indicação entre pares, visando diversidade de perfis profissionais. Os participantes acessaram o TCLE em formato digital, sendo assegurados o sigilo das informações, a voluntariedade da participação e a possibilidade de desistência a qualquer momento.

O estudo transversal incluiu 79 profissionais da APS do município de Fortaleza/CE, recrutados por amostragem por conveniência, por meio de e-mail institucional, redes sociais e apoio de pontos focais da Secretaria Municipal de Saúde. A participação foi condicionada ao aceite do TCLE eletrônico, não sendo coletados dados identificáveis.

A construção dos Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (IPPMV-APS, INF-MVAPS e IEAEE-VAPS) utilizou exclusivamente dados anonimizados, com finalidade analítica, diagnóstica e formativa, sem implicações avaliativas ou punitivas aos participantes.

Em todas as fases, os dados foram armazenados em ambiente seguro, com acesso restrito aos pesquisadores, reafirmando o compromisso ético com a confidencialidade, a autonomia dos participantes e a responsabilidade social da pesquisa em Saúde Coletiva.

Para a identificação, busca e seleção dos estudos que subsidiaram a revisão integrativa, foram utilizadas ferramentas digitais baseadas em inteligência artificial, com o objetivo de ampliar a sensibilidade da busca, otimizar a recuperação de evidências relevantes e reduzir vieses de omissão. As plataformas Litmaps, Consensus e Elicit foram empregadas como instrumentos de apoio à estratégia de busca, permitindo a identificação de estudos-chave, o rastreamento de citações, a exploração de redes de evidência e a extração preliminar de informações relevantes, sempre sob supervisão crítica do pesquisador. A seleção, triagem e organização dos estudos recuperados foram conduzidas por meio do software Rayyan, utilizado para gerenciamento das referências, leitura de títulos e resumos, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e resolução de discordâncias. Ressalta-se que as ferramentas de inteligência artificial foram utilizadas exclusivamente como suporte metodológico à busca e à organização das evidências, cabendo integralmente ao pesquisador a avaliação crítica, a extração final dos dados, a síntese dos resultados e a interpretação das evidências, em conformidade com os princípios éticos, científicos e metodológicos da revisão integrativa

## 9. RESULTADOS

Inicialmente, foi realizado o levantamento dos IEC existentes sobre fluxos e processos no atendimento a pessoa vítima de violência disponíveis no Google Play Store (link [https://play.google.com/store/games?hl=pt\\_BR&gl=US](https://play.google.com/store/games?hl=pt_BR&gl=US)) e Google Acadêmico (link [https://scholar.google.com/schhp?hl=pt-PT&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.com/schhp?hl=pt-PT&as_sdt=0,5)). Também foi realizado um pré-teste com profissionais da APS e a validação do questionário utilizado nele.

### **9.1. Etapa 1 da Fase 1 do diagnóstico situacional: Levantamento dos IEC sobre violência e estratégias de enfrentamento para o atendimento à pessoa vítima de violência**

Nos tópicos a seguir, serão detalhados os resultados do levantamento dos materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC) atualmente disponíveis sobre fluxos e processos no atendimento à pessoa vítima de violência. Inicialmente, serão descritos os critérios de seleção e as principais fontes consultadas, incluindo lojas de aplicativos, repositórios digitais e sites institucionais. Em seguida, será apresentada a caracterização dos IEC encontrados, destacando formatos, públicos-alvo, objetivos educativos, principais funcionalidades e recursos interativos. Por fim, será realizada uma análise crítica das potencialidades e limitações dessas ferramentas no contexto da atenção à violência, subsidiando a identificação de lacunas e oportunidades para o desenvolvimento de novos recursos educativos voltados aos profissionais de saúde.

#### **9.1.1. Aplicativos na Play Store Google**

Na busca pela palavra-chave violência isolada não foram localizados aplicativos, na busca pela palavra em inglês (*Violence*) foram localizados 5 aplicativos, todos gratuitos. Dos 5 aplicativos encontrados, todos estão em inglês, com data de lançamento a partir de 2015, 3 tiveram atualização em 2023 e a maioria (60%) tem ao menos 1.000 downloads (QUADRO 12).

**Quadro 12** - Caracterização de aplicativos sobre violência disponíveis gratuitamente na Google Play Store.

Nome do app	Criador	Idioma	Ano		Downloads
			Lançamento	atualização	
Domestic Violence Prevention	SeaWarrior Applications	Inglês	2017	2022	10.000 ou +
Domestic Violence Act 2005	Rachit Technology	Inglês	2015	2023	10.000 ou +
DOMINO -stop domestic violence	RTU IPU	Inglês	2022	2023	100 ou +
DocuSAFE Evidence Collection	National Network to End Domestic Violence	Inglês	-	2023	1.000 ou +

**Fonte:** Dados coletados pelo autor, Google Play Store, 2024–2025.

**Nota:** Foram incluídos apenas aplicativos gratuitos e disponíveis no período da coleta.

A disponibilização de aplicativos ainda é pequena; os conteúdos são nichados à violência doméstica (100%). Os apps ofertam boa interatividade com o usuário (75%), têm por interesse a formação de profissional (75%), fornecem informações sobre o processo e/ou evidências para denúncia (75%) e indicam uma seção de contatos de "Emergência" (50%) (QUADRO 13).

**Quadro 13** - Caracterização educacional e de interatividade dos aplicativos sobre violência disponíveis gratuitamente na Google Play Store.

App	Interativo	Educacional	Público	Informe denúncia	Seção "Emergência"
Domestic Violence Prevention	Sim	Sim	Abuso doméstico e parceiro íntimo; abuso infantil	Sim	Sim
Domestic Violence Act 2005	Não	Sim	Abuso doméstico, e parceiro íntimo	Sim	Não
DOMINO -stop domestic violence	Sim	Sim	Abuso doméstico, e parceiro íntimo	Não	Não
DocuSAFE Evidence Collection	Sim	Não	Violência doméstica e no namoro, agressão sexual, perseguição, assédio online	Sim	Sim

**Fonte:** Dados coletados pelo autor, Google Play Store, 2024–2025.

**Nota:** Foram incluídos apenas aplicativos gratuitos e disponíveis no período da coleta.

Embora com enorme potencial, o marketing social em saúde ainda é incipiente na questão da violência pois são poucos os aplicativos disponíveis e que trazem informação,

educação e comunicação aos diversos atores envolvidos no processo (Walsh *et al.*, 1993; Griffiths *et al.*, 2009; Rodrigues *et al.*, 2023). Os aplicativos localizados possuem objetivos muito diversos.

Três aplicativos são voltados a educação de profissionais. O app *Domestic Violence Prevention* é Marinha dos EUA, sendo considerado ferramenta de treinamento obrigatório que oferece recursos de acesso fácil a informações e instruções sobre a prevenção de violência doméstica e abuso infantil. Possui objetivos de aprendizado fornecer informações para identificar os tipos de violência; fatores associados a se tornar um agressor; o ciclo da violência doméstica; táticas usadas por agressores em casos de violência doméstica; maneiras pelas quais a violência doméstica afeta as crianças; violência doméstica e opções de relatórios de parceiros íntimos; requisitos para relatar qualquer suspeita de abuso infantil e serviços de suporte e recursos úteis.

O segundo app, denominado *Domestic Violence Act*, fornece informações jurídicas sobre a Lei de Proteção às Mulheres contra a Violência Doméstica de 2005, do Parlamento da Índia detalhadas em seções e capítulos. E por fim, o app *DOMINO - stop domestic violence*, desenvolvido por especialistas sociais e de saúde como parte do projeto DOMINO cofinanciado pela União Europeia). O projeto visa fornecer conhecimento e educação para profissionais sociais e de saúde em Instituições de Ensino Superior (IES) para prevenção e intervenção precoce da violência doméstica.

O único app direcionado à vítimas é o *DocuSAFE Evidence Collection*, criado pela Rede Nacional para Acabar com a Violência Doméstica (NNEDV), tem por objetivo auxiliar vítimas (violência doméstica, agressão sexual, perseguição, assédio online e violência no namoro a documentar os abusos, assédio, perseguição e outros tipos de crimes) através da registro e comprovação (incluindo fotos, capturas de tela ou vídeo de mensagens ameaçadoras, assédio nas redes sociais, chamadas repetidas indesejadas, etc.). Possibilita armazenar evidências, compartilhar com segurança a fim de monitorar o abuso, sua extensão e frequência, incluindo a possível escalada dos comportamentos.

Os aplicativos disponíveis na Play Store que abordam violência e estratégias de enfrentamento possuem potencial significativo para atuar como ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) e instrumentos do marketing social em saúde, especialmente no contexto da mitigação da violência. Contudo, sua efetividade depende de características

como interatividade, acessibilidade, integração com redes de suporte e alinhamento com políticas públicas.

A análise dos aplicativos indica que a maioria se concentra em funções informativas, como disseminação de dados sobre direitos das vítimas e mecanismos de denúncia. Embora úteis, essas funcionalidades tendem a ser unidirecionais, deixando lacunas em aspectos fundamentais da IEC, como o aprendizado ativo e a comunicação participativa. Segundo Oliveira e Tavares (2021), a eficácia das ferramentas educativas está diretamente associada à sua capacidade de integrar conteúdos claros, processos interativos e metodologias adaptadas ao contexto cultural e social dos usuários.

Do ponto de vista do marketing social, os aplicativos apresentam oportunidades e desafios. Kotler e Zaltman (1971) destacam que as estratégias de marketing social devem incorporar os 4 Ps: produto, preço, praça e promoção. Na prática, muitos aplicativos ainda falham em abordar aspectos críticos, como:

- **Produto:** O conteúdo oferecido precisa ser mais completo, com funcionalidades que combinem informação, capacitação interativa e suporte prático para a resolução de casos.
- **Preço:** Há barreiras de acesso relacionadas à necessidade de dispositivos modernos e à conectividade constante, o que limita o alcance para populações vulneráveis.
- **Praça:** A distribuição dos aplicativos muitas vezes desconsidera a necessidade de adaptação local, como linguagens inclusivas ou funcionalidades offline.
- **Promoção:** Os aplicativos carecem de estratégias robustas de divulgação para alcançar efetivamente profissionais de saúde e usuários em situações de vulnerabilidade.

Apesar dessas limitações, algumas iniciativas têm mostrado resultados promissores. Aplicativos que oferecem módulos interativos sobre identificação de sinais de violência, fluxos de notificação e acesso rápido a redes de apoio são exemplos de boas práticas. Essas ferramentas atendem ao objetivo de capacitar tanto vítimas quanto profissionais de saúde, fortalecendo a resposta ao problema.

O levantamento de aplicativos na Play Store revela uma base útil para a criação de estratégias mais eficazes, mas também destaca a necessidade de melhorias significativas. A seguir, algumas recomendações a serem consideradas quando no desenvolvimento do protótipo deste estudo:

- Desenvolvimento de funcionalidades integradas: Combinar conteúdos educativos interativos com sistemas de notificação automática e suporte direto a redes de atendimento.
- Adaptação às necessidades locais: Produzir versões em diferentes idiomas e dialetos regionais, com recursos offline para áreas de baixa conectividade.
- Promoção de usabilidade e interatividade: Incorporar ferramentas de gamificação e simulação para engajar usuários de forma mais profunda e sustentada.
- Fortalecimento de campanhas de marketing social: Divulgar amplamente os aplicativos por meio de campanhas que enfoquem suas utilidades para profissionais de saúde e populações em situação de violência.

Com base no levantamento, conclui-se que os aplicativos disponíveis possuem o potencial de atuar como aliados no enfrentamento da violência, desde que sejam aprimorados para superar barreiras de acesso e funcionalidade. Um protótipo ideal, como sugerido no estudo, deve integrar princípios de design instrucional, marketing social e IEC, promovendo mudanças comportamentais e maior eficácia no enfrentamento da violência (Kotler and Zaltman, 1971; Freire, 2014; Vasconcellos-Silva *et al.*, 2017; Organização and Saúde, 2020; Tavares *et al.*, 2021).

### **9.1.2. Estudos sobre aplicativos no Google Acadêmico**

Na busca pelas palavras-chave “violência” e “aplicativo” foram localizados mais de 1.466 artigos distribuídos em 10 páginas, destes apenas as 3 primeiras páginas continham estudos sobre desenvolvimento e de validação de aplicativos. A maioria dos estudos apresentavam ferramentas educativas, mas sob formato que não mobile ou apenas relato de experiência da construção da ferramenta sem seguir um arcabouço teórico de teorias de comunicação em saúde, marketing social e/ou que não consideraram como se estrutura o fenômeno da violência. Ao final, 7 estudos foram selecionados, todos em português, com data de publicação a partir de 2020 (QUADRO 14).

**Quadro 14** - Caracterização dos projetos de aplicativos sobre violência disponíveis gratuitamente na Google Acadêmico.

Nome do app	Pagina google acadêmico	Ano	Instituição
1 Desenvolvimento de Aplicativo para Denúncia e Orientação ao Combate à Violência Doméstica (DOCVD)	1	2022	IFSC
2 WOMANLY: um aplicativo mobile no combate e prevenção à violência de gênero	2	2020	UFRJ
3 Girassóis: projeto piloto de aplicativo colaborativo de combate à violência contra a mulher	3	2023	UNB
4 Implementação de um aplicativo de comunicação anônima entre aluno e escola: um mecanismo de combate à violência escolar	3	2022	UEFS
5 “EMPODEREENF”: construção de aplicativo para educação permanente de enfermeiros sobre violência psicológica contra a mulher	1	2022	URCA
6 Me socorra: <b>aplicativo de violência</b> contra a mulher em período pandêmico	1	2021	EBMSP
7 ARRETADAS: Relato sobre o desenvolvimento de um <b>aplicativo</b> móvel com foco no combate à <b>violência</b> contra as mulheres	2	2023	IFPB

**Fonte:** Dados coletados pelo autor, Google Acadêmico, 2025.

A produção de aplicativos que visam o combate à violência é uma área que tem se desenvolvido bastante principalmente depois da pandemia do COVID-19, no entanto, os conteúdos são bastante nichados à violência doméstica e/ou contra mulheres (71,40%). Os apps ofertam boa capacidade de segurança para o usuário (71,4%), têm cunho educativo (85,7%), fornecem informações sobre o processo para denúncia (100,0%) e indicam uma seção contatos de "Emergência" (71,4%), utilizam-se de geolocalização (57,1%) (QUADRO 15).

**Quadro 15** - Caracterização educacional e de interatividade dos aplicativos cuja temática aborde a questão da violência e estratégias de lidar com o fenômeno disponíveis gratuitamente na loja de aplicativos da Google.

App	Segurança	Educacional	Informe denúncia	Seção “Emergência”	Geolocalização
Desenvolvimento de Aplicativo para Denúncia e Orientação ao Combate à Violência Doméstica (DOCVD)	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
WOMANLY: um aplicativo mobile no combate e prevenção à violência de gênero	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Girassóis: projeto piloto de aplicativo colaborativo de combate à violência contra a mulher	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Implementação de um aplicativo de comunicação anônima entre aluno e escola: um mecanismo de combate à violência escolar	Sim	Não	Sim	Não	Não
“EMPODEREENF”: construção de aplicativo para educação permanente de enfermeiros sobre violência psicológica contra a mulher	-	Sim	Sim	Não	Não
Me socorra: aplicativo de violência contra a mulher em período pandêmico	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
ARRETADAS: Relato sobre o desenvolvimento de um aplicativo móvel com foco no combate à violência contra as mulheres	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

A maioria dos apps desenvolvidos são direcionados à vítima, em especial mulheres embora dois sejam direcionados a adolescentes. O aplicativo WOMANLY, desenvolvido na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), tem como objetivo prevenir e dar suporte em casos de violências contra mulheres. Usando de telefones úteis, links de apoio, lista de delegacias que a denúncia pode ser feita, um fórum interno e possibilitar pedidos de suporte e gerar estatísticas sobre os casos de violência por meio de dispositivos móveis, bluetooth e sistemas de geolocalização (GPS) (Ferreira and Bessa, 2020).

O Aplicativo Girassóis desenvolvida Universidade de Brasília (UNB) que tem como objetivo enfrentar a violência contra mulheres tendo como metas: Proteger, Informar e Promover Mudanças, usando ferramentas como sistema de reconhecimento de voz para envio de alertas de segurança para contatos de segurança, o uso dos botões de volumes para mandar alertas específicos, uso de uma biblioteca de recomendações para o melhor entendimento e

informações sobre violência contra mulheres, avaliações internas sobre estabelecimentos para que assim locais perigosos possam ser evitados (Okino, 2018). O app Me Socorra, desenvolvido na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), tem como objetivo combater a violência contra mulheres usando de meios de educação sobre os tipos de violência, contatos das autoridades, contatos para rede de apoio, plataformas de boletim eletrônico online, e uso de geolocalização (Damasceno *et al.*, 2021).

No app Arretadas, desenvolvido pelo Instituto Federal da Paraíba (IFPB), que tem como objetivo combater a violência contra as mulheres utiliza-se de diversas ferramentas, como por exemplo, opção de utilizar a medida protetiva durante o login, pedido de socorro para até 5 contatos simultâneos (fora a polícia nos casos que exista medida protetivas) quando usam da ferramenta de pedir socorro, uso do GPS para a polícia quando acionada pelo app, aba de denúncia, disponibilização de artigos selecionados pela Secretaria da Mulher sobre violência, contatos das autoridades, cadastro de uma rede de apoio (Araújo *et al.*).

Os app que são direcionados a adolescentes são: Denúncia e Orientação ao Combate à Violência Doméstica (DOCVD), desenvolvido no Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC) tem como objetivo desenvolver um aplicativo focado em denunciar violência contra adolescentes no ambiente doméstico por meio de um aplicativo disfarçado de bloco de notas que quando a senha é digitada em um certo ponto dá acesso ao aplicativo de denúncias em si, onde é possível encontrar meios de denúncia, orientações e maneiras de refutar mitos sobre a violência doméstica (Pagani *et al.*, 2022). No app Aplicativo de Comunicação Anônima Entre Aluno e Escola, da Universidade Federal de Feira de Santana (UEFS) tem como objetivo receber denúncias anônimas de alunos para combater a violência escolar e o bullying (Da Silva Santana and De Souza, 2021).

Apenas um dos aplicativos é voltado para a capacitação/educação permanente de profissionais de saúde. O app EMPONDEREENF é um protótipo desenvolvido na Universidade Regional do Cariri (URCA) que tem como objetivo facilitar a educação permanente de enfermeiros sobre violência psicológica contra mulheres por meio de “*moblets*” em formatos de caixas de texto que ao serem selecionados direcionam o usuário para uma nova tela com outros “*moblets*” específicos, servindo com subtópico do “*moblet*” anterior (Magalhães *et al.*, 2022).

Ainda há déficit de ferramentas tecnológicas no formato de app mobile para as questões de mitigação da violência. Além disto, dos que existem ainda são pouco difundidos. É necessário aumentar a visibilidade de ferramentas desenvolvidas considerando elementos

científicos e embasados em teorias de comunicação, marketing e que considerem como se estrutura o fenômeno da violência.

Os aplicativos relacionados à violência e estratégias de enfrentamento disponíveis na Play Store são ferramentas que integram potencial de informação, educação e comunicação (IEC), bem como de marketing social, contribuindo para a mitigação desse problema. Contudo, é necessário analisar criticamente suas limitações e o alinhamento com os princípios teóricos e práticos, conforme os conceitos apresentados nos documentos base.

De acordo com os dados, muitos aplicativos na Play Store concentram-se em ações como conscientização e suporte emergencial para vítimas de violência, mas frequentemente carecem de um desenho que os torne eficazes na capacitação de profissionais da saúde e em sua integração com serviços públicos. Isso reflete uma abordagem limitada da IEC. Oliveira e Tavares (2021) destacam que as ferramentas de IEC precisam considerar a interação e a construção de soluções participativas para promover impacto duradouro. No entanto, grande parte dos aplicativos analisados opera em um modelo predominantemente informativo e unidirecional, não permitindo trocas significativas entre usuários e desenvolvedores, ou entre usuários e serviços locais de suporte.

No âmbito do marketing social, a aplicação dos 4 Ps (produto, preço, praça e promoção) nos aplicativos também apresenta fragilidades. Kotler e Zaltman (1971) definem marketing social como o uso de estratégias de marketing para promover mudanças comportamentais e sociais. Muitos aplicativos falham em atender ao princípio do "preço", que no contexto do marketing social deve ser compreendido como a redução de barreiras tecnológicas, culturais e sociais ao uso da ferramenta. Além disso, a "praça" (disponibilidade e acessibilidade), especialmente para populações em situação de vulnerabilidade digital, é insuficiente em várias ferramentas analisadas. Isso compromete a democratização do acesso e, conseqüentemente, a eficácia dessas ferramentas.

Por outro lado, a potencialidade dos aplicativos como ferramenta educativa não pode ser ignorada. A utilização de recursos interativos e gamificados, bem como a criação de espaços seguros para relatos e suporte, são elementos promissores que algumas ferramentas começam a incorporar. Como exemplo, aplicativos voltados à educação sobre violência doméstica promovem maior autonomia e conscientização entre os usuários. Freire (2018) enfatiza a importância de processos educativos que empoderem os indivíduos, permitindo que eles participem ativamente da transformação de suas realidades sociais.

Os aplicativos disponíveis na Play Store têm potencial de se tornarem ferramentas-chave na mitigação da violência, mas enfrentam desafios em termos de acessibilidade, integração e bidirecionalidade. Para superar essas lacunas, é essencial que novos projetos sigam princípios claros de IEC e marketing social. Isso inclui:

1. Desenvolvimento de funcionalidades interativas, que promovam não apenas o recebimento de informações, mas também a troca ativa de experiências e a construção coletiva de soluções.
2. Adaptação dos conteúdos às necessidades culturais, sociais e econômicas do público-alvo, considerando o contexto da população Brasileira e as desigualdades de acesso digital.
3. Integração com serviços presenciais, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e outras redes de apoio.

Diante dos achados, consideramos que a criação de um protótipo de aplicativo voltado para profissionais da atenção primária, como proposto no estudo, representa um avanço necessário. Este protótipo deve integrar conceitos de design instrucional, priorizar a usabilidade e incorporar recursos para capacitação contínua e acesso a fluxos de atendimento. Assim, será possível potencializar o papel da tecnologia no enfrentamento da violência de forma mais ampla e eficaz (Kotler and Zaltman, 1971; Freire, 2014; Vasconcellos-Silva *et al.*, 2017; Organização and Saúde, 2020; Tavares *et al.*, 2021).

### **9.1.3. Estudos sobre aplicativos sobre violência direcionados a profissionais de saúde**

Os estudos incluídos indicam que os aplicativos móveis são ferramentas valiosas para profissionais de saúde no manejo de casos de violência. Por exemplo, o aplicativo MediCapt para documentar evidências médicas e forenses de violência sexual, o que mostrou ser eficaz na captura e transmissão de dados para autoridades legais (Mishori *et al.*, 2017). Outros estudos destacam a necessidade de avaliações rigorosas da usabilidade e eficácia dos aplicativos antes de serem recomendados aos pacientes (Boudreaux *et al.*, 2014) (QUADRO 16).

**Quadro 16** - Estudos e objetos educacionais no combate à violência direcionados a profissionais de saúde.

<b>Autor e Ano</b>	<b>Título do Artigo</b>	<b>Base de Dados</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra Utilizada</b>	<b>Principais Resultados</b>	<b>Conclusão</b>
Moore, J. O. (2012)	The benefits of mobile apps for patients and providers	MEDLINE	Examinar os benefícios dos aplicativos móveis para pacientes e profissionais	Revisão	Melhor comunicação e redução de custos na saúde	Aplicativos móveis beneficiam a comunicação e a educação na saúde
Boudreaux et al. (2014)	Evaluating and selecting mobile health apps	EMBASE	Estratégias para avaliação e seleção de aplicativos de saúde	Revisão	Importância de avaliar a usabilidade e a eficácia dos aplicativos antes da recomendação	Avaliação rigorosa é necessária para adoção segura de aplicativos de saúde
Mishori et al. (2017)	mJustice: Development of a Mobile App for Medical-Forensic Documentation of Sexual Violence	PsychInfo	Desenvolver um aplicativo para documentação forense de violência sexual	17 profissionais	Aplicativo ajuda na documentação e transmissão segura de dados para autoridades legais	Aplicativo promissor para documentação forense e uso legal em ambientes de baixo recurso

**Fonte:** Elaboração própria, a partir de revisão integrativa da literatura. (2025).

A análise dos estudos selecionados revela que os aplicativos móveis oferecem benefícios significativos para a gestão da violência por profissionais de saúde. Eles melhoram a comunicação, a documentação e o acesso a informações críticas. No entanto, há desafios relacionados à usabilidade, segurança dos dados e eficácia clínica. Estudos apontam para questões legais e de privacidade que devem ser abordadas para garantir a segurança e a confidencialidade dos dados dos pacientes (Yang and Silverman, 2014). Além disso, a avaliação contínua e o feedback dos usuários são cruciais para a melhoria contínua dessas ferramentas

É evidente que os aplicativos móveis têm o potencial de transformar a prática clínica, mas é necessário um esforço colaborativo entre desenvolvedores, profissionais de saúde e legisladores para maximizar seus benefícios e minimizar os riscos. A padronização das avaliações de aplicativos, pode ajudar a estabelecer diretrizes claras para a seleção e uso desses aplicativos na prática clínica (Boudreaux *et al.*, 2014).

A diversidade de aplicativos disponíveis, demonstra a necessidade de um maior enfoque na prevenção e educação, além das respostas emergenciais. Os aplicativos que se concentram apenas em soluções de emergência podem não abordar adequadamente as raízes da violência e a necessidade de intervenções preventivas (Eisenhut *et al.*, 2020).

Estudos futuros devem se concentrar na avaliação a longo prazo da eficácia dos aplicativos móveis na redução dos casos de violência e no apoio aos profissionais de saúde. A integração de tecnologias avançadas, como inteligência artificial e aprendizado de máquina, pode oferecer novas oportunidades para melhorar a personalização e a eficácia das intervenções.

Os aplicativos móveis apresentam um potencial significativo para apoiar os profissionais de saúde no manejo da violência, oferecendo melhorias na comunicação, documentação e acesso à informação. No entanto, são necessários mais estudos para avaliar sua eficácia a longo prazo e abordar questões de segurança e privacidade dos dados. Futuras pesquisas devem focar na integração de tecnologias avançadas e na criação de diretrizes claras para a avaliação e uso desses aplicativos.

Os aplicativos móveis voltados para o combate à violência desempenham papel crucial no fortalecimento das práticas de atenção e manejo da violência pelos profissionais de saúde. Essas ferramentas, quando bem estruturadas, podem contribuir significativamente para a ampliação de conhecimentos técnicos, acesso a protocolos e fluxos de atendimento, e suporte à decisão clínica em casos de violência. Contudo, as análises revelam que, atualmente, muitos desses aplicativos carecem de funcionalidades avançadas e integração com políticas públicas de saúde.

Os aplicativos identificados frequentemente oferecem conteúdo informativo estático, como materiais de orientação e legislações relacionadas à violência. Apesar de úteis, essas ferramentas frequentemente não incorporam os princípios de Informação, Educação e Comunicação (IEC) de maneira integrada. Freire (2018) argumenta que a educação deve ser um processo transformador, promovendo a autonomia e o empoderamento. No entanto, a maior parte dos aplicativos analisados não contempla elementos interativos que incentivem o aprendizado ativo ou promovam a troca de experiências entre profissionais.

A integração com a atenção primária à saúde (APS), um espaço estratégico para a identificação precoce de violência, também é limitada. Coelho e Jorge (2009) destacam que a APS deve atuar como porta de entrada no sistema de saúde, sendo essencial que os aplicativos se conectem a redes de apoio e orientem sobre fluxos de atendimento. Além disso, o uso de tecnologias digitais em saúde deve ser planejado para reduzir barreiras ao acesso e à usabilidade, especialmente considerando a diversidade tecnológica entre profissionais de diferentes contextos regionais.

No âmbito do marketing social, os aplicativos têm o potencial de influenciar comportamentos ao promover práticas seguras e eficazes no enfrentamento da violência. Segundo Kotler e Zaltman (1971), os 4 Ps do marketing (produto, preço, praça e promoção) devem ser adaptados para abordar as necessidades do público-alvo. No entanto, muitos aplicativos falham em atender ao princípio da "praça", especialmente no que tange à acessibilidade tecnológica e linguística para profissionais de saúde em áreas remotas ou com pouca infraestrutura digital.

Por outro lado, iniciativas promissoras têm se destacado, como o uso de ferramentas gamificadas para treinamento e capacitação, bem como a integração com bases de dados nacionais e sistemas de prontuário eletrônico. Esses recursos, além de promoverem o aprendizado contínuo, facilitam o acesso a informações contextuais e atualizadas sobre violência.

Por fim, consideramos que os aplicativos móveis têm grande potencial para apoiar os profissionais de saúde no combate à violência, mas há desafios importantes que precisam ser superados para que essas ferramentas sejam eficazes e acessíveis. A seguir, destacam-se recomendações para o aprimoramento dessas ferramentas:

1. Incorporar funcionalidades interativas, como simulações de casos clínicos e testes diagnósticos, que incentivem o aprendizado ativo e a capacitação contínua.
2. Facilitar a integração com redes de suporte locais, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Núcleos de Prevenção à Violência.
3. Adaptar as ferramentas às condições socioeconômicas e culturais dos profissionais de saúde, priorizando linguagens acessíveis, funcionalidades offline e compatibilidade com dispositivos simples.
4. Conectar aplicativos aos protocolos de saúde pública vigentes, como os fluxos de notificação compulsória e a legislação sobre violência.

O desenvolvimento de um protótipo de aplicativo, conforme proposto na pesquisa, deve seguir os princípios de design instrucional e marketing social, priorizando a experiência do usuário e a eficácia educacional. Esse protótipo deve incluir módulos de educação contínua, acesso rápido a protocolos e suporte para a tomada de decisões em situações de violência, alinhando-se às necessidades do SUS e dos profissionais da APS (Kotler and Zaltman, 1971; Coelho *et al.*, 2009; Freire, 2014; Vasconcellos-Silva *et al.*, 2017; Organização and Saúde, 2020).

#### **9.1.4. Estudos sobre outras ferramentas de IEC para abordagem da violência junto a profissionais de saúde**

Todos os artigos são em inglês, destes 12 estudos ocorreram a partir de 2014, destacando a predominância de publicações recentes e a utilização de diversas bases de dados na área da saúde (QUADRO 17).

**Quadro 17 – Estudos sobre ferramentas educativas sobre violência para profissionais de saúde incluídos.**

<b>Autor e Ano</b>	<b>Título do Artigo</b>	<b>Base de Dados</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusão</b>
Provost et al., 2021	<i>A Realist Review of Violence Prevention Education in Healthcare</i>	Healthcare	Sintetizar e analisar a eficácia da educação para prevenção de violência	64 documentos analisados	Identificação de 11 explicações realistas sobre a eficácia da educação para prevenção de violência	A educação para prevenção de violência deve ser parte de uma estratégia de prevenção mais ampla
Ball et al., 2015	<i>Evaluating Violent Person Management Training for Medical Students in an Emergency Medicine Clerkship</i>	Southern Medical Journal	Avaliar os efeitos de um programa educativo sobre a violência para estudantes de medicina	123 estudantes de medicina	Melhoria significativa no conhecimento e confiança dos estudantes em lidar com situações de violência	Programas educativos em vídeo são eficazes e relevantes para a prática médica
Mento et al., 2020	<i>Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review</i>	Aggression and Violent Behavior	Examinar o impacto da violência no local de trabalho sobre profissionais de saúde	27 publicações analisadas	A violência ocorre principalmente em departamentos psiquiátricos, serviços de emergência e unidades geriátricas	A violência no local de trabalho tem impactos negativos significativos na saúde psicológica e física dos trabalhadores
Serbezova et al., 2019	<i>E-LEARNING IN HEALTHCARE WITHIN HIGHER EDUCATION</i>	Knowledge International Journal	Otimizar a educação em saúde através da implementação de e-learning no ensino superior	Profissionais de saúde, educadores e estudantes	Aumento no conhecimento e habilidades práticas, melhora na comunicação e manejo de pacientes	O e-learning é uma ferramenta eficaz para a educação contínua de profissionais de saúde
Sprague et al., 2018	<i>A scoping review of intimate partner violence educational programs for health care professionals</i>	Women & Health	Identificar e sintetizar programas educativos sobre violência doméstica para profissionais de saúde	65 estudos analisados	Programas efetivos incluem componentes online, protocolos de tratamento e múltiplas sessões de treinamento	Programas educativos sobre violência doméstica são heterogêneos, mas mostram eficácia significativa
Gillespie et al., 2014	<i>A workplace violence educational program: a repeated measures study</i>	Nurse Education in Practice	Avaliar os resultados de um programa educacional híbrido sobre prevenção de violência no local de trabalho	120 funcionários de emergência	Aumento significativo no conhecimento e retenção dos conteúdos do programa ao longo do tempo	Programas híbridos (online e presenciais) são eficazes para a aprendizagem e retenção de conhecimentos
Divakar et al., 2019	<i>Digital Education of Health Professionals on the Management of Domestic Violence: Systematic Review</i>	Journal of Medical Internet Research	Avaliar a eficácia da educação digital para profissionais de saúde sobre violência doméstica	6 estudos com 631 participantes	Melhorias no conhecimento, atitudes e autoeficácia dos profissionais de saúde	A educação digital mostra-se promissora, mas necessita de mais

	<i>and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration</i>					pesquisas para confirmar sua eficácia
Mohd.Safwan & Ariffin, 2019	<i>Educational Training Intervention on Workplace Violence Among Healthcare Workers</i>	International Journal of Public Health and Clinical Sciences	Analisar intervenções educacionais sobre violência no local de trabalho para profissionais de saúde	12 estudos analisados	Melhoria no conhecimento, atitudes, confiança e habilidades de enfrentamento dos profissionais	Evidências ainda são fracas e mais pesquisas de alta qualidade são necessárias
Hartley et al., 2012	<i>Workplace Violence Prevention for Healthcare Workers—An Online Course</i>	Rehabilitation Nursing Journal	Descrever o desenvolvimento e avaliação de um curso online sobre prevenção de violência no local de trabalho	Não especificada	Aumento na consciência e habilidades de prevenção de violência entre os participantes	Cursos online são ferramentas úteis e convenientes para treinamento contínuo
Harris et al., 2002	<i>Can Internet-based education improve physician confidence in dealing with domestic violence?</i>	Family Medicine	Avaliar um programa de educação online para melhorar a confiança de médicos no manejo de violência doméstica	65 médicos	Aumento significativo na confiança dos médicos em lidar com casos de violência doméstica	Programas online são tão eficazes quanto abordagens presenciais intensivas
Abraham et al., 2001	<i>Assessing an educational intervention to improve physician violence screening skills</i>	Pediatrics	Avaliar os efeitos de um programa educacional sobre habilidades de triagem de violência entre residentes e estudantes de medicina	56 participantes	Melhoria nas práticas de triagem, percepção de importância e confiança	Programas educativos melhoram significativamente a capacidade de identificação e manejo da violência
Reeves et al., 2008	<i>Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes</i>	The Cochrane database of systematic reviews	Avaliar a eficácia de intervenções de educação interprofissional comparadas a intervenções educacionais específicas de profissão	6 estudos analisados	Melhoria na cultura do departamento de emergência e satisfação dos pacientes	Intervenções de educação interprofissional têm impactos positivos na prática profissional e nos cuidados de saúde
Tovey, 2014	<i>Prevention and Management of Violence: Guidance for Mental Healthcare Professionals</i>	Psychiatric Bulletin	Fornecer orientação para a prevenção e manejo da violência para profissionais de saúde mental	Não especificada	Melhoria nas habilidades de manejo de violência entre profissionais de saúde mental	Orientações práticas são fundamentais para o manejo eficaz da violência em ambientes de saúde mental

Miller et al., 2015	<i>Integrating intimate partner violence assessment and intervention into healthcare in the United States: a systems approach</i>	Journal of Women's Health	Propor uma abordagem sistêmica para a implementação de triagem e intervenção de violência doméstica no sistema de saúde	Não especificada	Integração de triagem e intervenção de violência doméstica nos prontuários eletrônicos melhora a identificação e intervenção	Abordagens sistêmicas são eficazes para melhorar a triagem e intervenção em casos de violência doméstica
Blake & Gartshore, 2016	<i>Workplace wellness using online learning tools in a healthcare setting</i>	Nurse Education in Practice	Desenvolver e avaliar uma ferramenta de aprendizagem online para o bem-estar no local de trabalho	188 participantes	Melhoria significativa no conhecimento sobre bem-estar no local de trabalho após a intervenção online	Ferramentas de aprendizagem online são eficazes para aumentar o conhecimento e promover o bem-estar
Geoffrion et al., 2020	<i>Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers</i>	The Cochrane database of systematic reviews	Avaliar a eficácia de intervenções de educação e treinamento para prevenir e minimizar a agressão no local de trabalho	9 estudos com 1688 participantes	A educação e treinamento podem melhorar o conhecimento e atitudes, mas não reduzem significativamente a agressão	Mais estudos de alta qualidade são necessários para validar a eficácia das intervenções

**Fonte:** Elaboração própria, a partir de revisão integrativa da literatura (2025).

A implementação de ferramentas educativas específicas para profissionais de saúde pode contribuir significativamente para o manejo adequado da violência. O estudo “*A Realist Review of Violence Prevention Education in Healthcare*” demonstram que a educação para prevenção de violência deve ser parte de uma estratégia mais ampla, reforçando a importância de contextualizar o conhecimento adquirido (Provost *et al.*, 2021). Este achado corrobora estudos anteriores que enfatizam a necessidade de treinamentos contínuos na área de saúde (Connolly *et al.*, 2017).

O estudo “*Evaluating Violent Person Management Training for Medical Students in an Emergency Medicine Clerkship*” mostram que intervenções educativas destinadas a estudantes de medicina aumentam significativamente a capacidade de reconhecer e lidar com situações de violência (Ball *et al.*, 2015). Estes resultados sugerem que intervenções específicas para diferentes categorias profissionais podem otimizar o atendimento prestado às vítimas (Reid and Glasser, 1997).

O estudo “*A workplace violence educational program: a repeated measures study*” discutem a eficácia de programas educacionais híbridos para funcionários de emergência, destacando que a combinação de modalidades online e presenciais é eficaz para a aprendizagem e retenção de conhecimentos (Gillespie *et al.*, 2014). Esses achados indicam que a formação interdisciplinar é crucial para um manejo eficaz (Papa *et al.*, 1998).

Além disso, a revisão revela uma lacuna na padronização das ferramentas educativas, o que pode dificultar a sua implementação e avaliação. Estudos futuros devem focar no desenvolvimento de diretrizes padronizadas que possam ser adaptadas a diferentes contextos de prática. Outra questão levantada é a sustentabilidade das intervenções educativas. É necessário investigar se as mudanças positivas observadas nos profissionais de saúde se mantêm a longo prazo e como estas intervenções podem ser integradas de forma contínua nas instituições de saúde (Oliveira *et al.*, 2015).

A revisão também sugere que ferramentas educativas devem incluir componentes práticos, como simulações e discussões de casos, para aumentar a retenção de conhecimento e a aplicabilidade das habilidades aprendidas (Ferreira, 2015). Além disso, estudos comparativos entre diferentes modelos de ferramentas educativas poderiam fornecer insights valiosos sobre as abordagens mais eficazes e facilitar a adoção de práticas baseadas em evidências em larga escala.

Por fim, a diversidade cultural e regional deve ser considerada no desenvolvimento de ferramentas educativas, garantindo que elas sejam relevantes e sensíveis às particularidades das

populações atendidas (Amarante and Costa, 2012). A discussão evidencia que, apesar dos avanços, há uma necessidade contínua de pesquisa e desenvolvimento de ferramentas educativas que sejam eficazes, sustentáveis e adaptáveis a diversos contextos de saúde.

Diante dos achados, concluímos que as ferramentas educativas são instrumentos essenciais para capacitar profissionais de saúde na identificação, manejo e prevenção da violência. Essas ferramentas promovem não apenas a disseminação de conhecimento técnico, mas também a reflexão crítica e o fortalecimento de práticas sensíveis à diversidade e à complexidade dos casos de violência. Segundo Freire (2018), a educação em saúde deve ser um processo emancipador, possibilitando aos profissionais atuar como agentes transformadores em suas comunidades. No entanto, as ferramentas disponíveis apresentam limitações em termos de alcance, interatividade e adaptabilidade aos diferentes contextos culturais e sociais.

As ferramentas educativas na abordagem da violência incluem uma ampla gama de recursos, como vídeos explicativos, módulos de ensino a distância, cartilhas ilustrativas, oficinas interativas e jogos digitais. Oliveira e Tavares (2021) ressaltam que ferramentas efetivas devem integrar os princípios de Informação, Educação e Comunicação (IEC), priorizando a clareza, a inclusão e a interatividade. Contudo, análises indicam que muitas ferramentas atuais ainda se baseiam predominantemente na disseminação de informações unidirecionais, limitando o envolvimento ativo dos profissionais de saúde.

Do ponto de vista do marketing social, essas ferramentas têm o potencial de engajar profissionais por meio de campanhas que promovam a importância da educação contínua no enfrentamento da violência. Kotler e Zaltman (1971) destacam que o sucesso de intervenções educativas depende da identificação de barreiras ao aprendizado e da adaptação das ferramentas às necessidades do público-alvo. Nesse sentido, é crucial que os materiais educativos considerem a realidade dos profissionais da atenção primária, que muitas vezes enfrentam sobrecarga de trabalho e limitações tecnológicas.

Iniciativas bem-sucedidas no uso de ferramentas educativas incluem a integração de tecnologias digitais, como aplicativos que oferecem módulos de ensino baseados em situações reais, e o uso de jogos digitais para simular atendimentos complexos. Além disso, rodas de conversa e oficinas práticas, realizadas presencialmente, têm se mostrado eficazes em promover a troca de experiências e o desenvolvimento de estratégias coletivas para enfrentar a violência.

As ferramentas educativas são indispensáveis para preparar profissionais de saúde no enfrentamento da violência. Entretanto, para aumentar sua eficácia, é necessário:

1. Incorporar elementos interativos e práticos, como estudos de caso, simulações e exercícios gamificados, que promovam o engajamento ativo e o aprendizado contínuo.
2. Adaptar o conteúdo às realidades locais, considerando fatores culturais, socioeconômicos e tecnológicos que influenciam a prática dos profissionais.
3. Estabelecer parcerias com instituições de saúde e educação, promovendo a disseminação ampla das ferramentas e a integração com políticas públicas.
4. Priorizar a inclusão e a acessibilidade, garantindo que as ferramentas estejam disponíveis em formatos e linguagens adequados para diferentes públicos.

A proposta de desenvolvimento de ferramentas educativas específicas para a atenção primária à saúde, como sugerido no estudo, reforça a necessidade de alinhar essas iniciativas aos princípios de design instrucional e marketing social. A implementação de estratégias baseadas em metodologias participativas e recursos tecnológicos modernos pode transformar as ferramentas educativas em elementos centrais na mitigação da violência (Kotler and Zaltman, 1971; Freire, 2014; Vasconcellos-Silva *et al.*, 2017; Organização and Saúde, 2020; Tavares *et al.*, 2021).

#### **9.1.5. Objetos de aprendizagem na abordagem da violência para profissionais de saúde disponíveis em repositórios de recursos abertos (REA)**

Entre 2010 e 2023, foram desenvolvidos diversos objetos de aprendizagem voltados para capacitar profissionais de saúde no enfrentamento da violência, todos gratuitos e com licenças livres. Esses recursos incluem vídeos educativos, aplicativos, jogos educacionais, podcasts, projetos e programas, com foco em proporcionar conhecimento técnico e prático para esses profissionais. Esses objetos de aprendizagem exemplificam a integração prática entre Informação, Educação e Comunicação (IEC) e marketing social, promovendo mudanças comportamentais e reforçando a capacitação de profissionais de saúde para o enfrentamento da violência (QUADRO 18).

**Quadro 18 – Síntese dos objetos de aprendizagem sobre violência para profissionais de saúde.**

<b>Categoria</b>	<b>Objeto de Aprendizagem</b>	<b>Descrição</b>	<b>Fonte</b>
Vídeos Educativos	"Violência contra as mulheres: o que os profissionais de saúde têm a ver com isso?"	Discute práticas acolhedoras no atendimento a vítimas de violência.	Conselho de Psicologia
	"Desafios e Reflexões sobre Violência de Gênero e Saúde Coletiva"	Reflexões e estratégias para o manejo da violência de gênero.	Telessaúde SC
	"Papo Saúde - Violência de Gênero"	Protocolos e sinais de identificação de violência de gênero.	Telessaúde SC
	"Saúde e Direitos Humanos"	Integra saúde e direitos humanos no enfrentamento à violência.	Fiocruz
Aplicativos	"Equidade SUS"	Oferece protocolos e canais de denúncia para profissionais do SUS.	Ministério da Saúde
	"Viva Mulher"	Capacita a atenção primária na identificação e manejo de violência contra a mulher.	Rede Feminista de Saúde
Jogos Educacionais	"Caixa de Pandora"	Simula cenários para reflexões críticas sobre violência doméstica.	UFPB
	"Não É Brincadeira. É Violência"	Jogos cooperativos para reforçar o aprendizado sobre enfrentamento da violência.	Fundação Banco do Brasil
Podcasts	"Desafios e Estratégias na Abordagem do Problema da Violência"	Estratégias práticas para lidar com violência na saúde da família.	UFMG
	"Atendimento Humanizado a Vítimas de Violência"	Aborda acolhimento e apoio emocional em situações de violência.	Fiocruz
Projetos e Programas	Projeto Farfalle	Oferece acolhimento e capacitação para profissionais na abordagem de violência contra a mulher.	UFCSPA
	Programa de Enfrentamento à Violência	Capacita profissionais sobre direitos humanos e violência.	UFSC
	Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz	Promove ações integradas de saúde pública e educação.	Ministério da Saúde
	Educar para Proteger: Prevenindo a Violência Contra a Mulher	Realiza oficinas e atividades interativas em escolas públicas.	Rede Feminista de Saúde

**Fonte:** Elaboração própria, a partir de revisão integrativa da literatura (2025).

No campo dos vídeos educativos, destaca-se o material "Violência contra as mulheres: o que os profissionais de saúde têm a ver com isso?", produzido pelo Conselho Federal de Psicologia, que discute práticas acolhedoras no atendimento a vítimas. Outro exemplo relevante é o vídeo "Desafios e Reflexões sobre Violência de Gênero e Saúde Coletiva", do Telessaúde SC, que propõe estratégias práticas e reflexões teóricas para os profissionais. Adicionalmente, o vídeo "Papo Saúde - Violência de Gênero", também do Telessaúde SC, aborda sinais de identificação e protocolos para atendimento, enquanto a Fiocruz contribui com o vídeo "Saúde e Direitos Humanos", que integra conceitos de direitos humanos e saúde para capacitação de profissionais.

Entre os aplicativos, o "Equidade SUS", desenvolvido pelo Ministério da Saúde, apoia profissionais do SUS no manejo de situações de violência, disponibilizando protocolos e canais de denúncia. O aplicativo "Viva Mulher", por sua vez, auxilia a atenção primária na identificação de sinais de violência contra a mulher, oferecendo orientações sobre acolhimento e encaminhamento.

No segmento dos jogos educacionais, o "Caixa de Pandora", criado pela Universidade Federal da Paraíba, utiliza cenários simulados para promover reflexões críticas sobre violência doméstica. Já o jogo cooperativo "Não É Brincadeira. É Violência", da Fundação Banco do Brasil, aplica atividades lúdicas para reforçar o aprendizado sobre enfrentamento da violência.

Entre os podcasts, destaca-se "Desafios e Estratégias na Abordagem do Problema da Violência pela Equipe de Saúde da Família", da Universidade Federal de Minas Gerais, que oferece exemplos práticos e reflexões teóricas para lidar com situações de violência. A Fiocruz também contribui com o podcast "Atendimento Humanizado a Vítimas de Violência", que orienta sobre acolhimento e apoio emocional em casos de violência.

Projetos e programas completam a lista de iniciativas. O Projeto Farfalle, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, oferece espaços de acolhimento e capacitação para profissionais na abordagem sensível a vítimas de violência. Já o Programa de Enfrentamento à Violência – Direitos Humanos, Saúde e Educação, da Universidade Federal de Santa Catarina, aprimora o conhecimento de profissionais sobre direitos humanos e violência. O programa Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz, do Ministério da Saúde, capacita profissionais para integrar ações de saúde pública e educação no enfrentamento da violência. Finalmente, o projeto Educar para Proteger: Prevenindo a Violência Contra a Mulher realiza atividades interativas em escolas públicas, envolvendo profissionais de saúde e educação (Ufsc; Zanello, 2020; Fiocruz, 2024; Ufcsa, 2024; Ufmg, 2024; Brasil, 2025; Ministério Da Saúde, 2025; Rede and SaÚDe, 2025).

As ferramentas educativas desempenham um papel central na capacitação de profissionais de saúde para o manejo de situações de violência, promovendo uma abordagem sensível, humanizada e técnica. Esses recursos incluem vídeos, aplicativos, jogos educacionais, podcasts e programas, que integram elementos teóricos e práticos, alinhados aos princípios de Informação, Educação e Comunicação (IEC) e marketing social em saúde.

Os vídeos educativos, como "Violência contra as mulheres: o que os profissionais de saúde têm a ver com isso?", destacam a importância de práticas acolhedoras e respeitadas no atendimento a vítimas de violência, enfatizando a responsabilidade dos profissionais em criar

ambientes seguros. Da mesma forma, "Papo Saúde - Violência de Gênero" aborda protocolos de identificação e manejo, ajudando a capacitar equipes de atenção primária.

Entre os aplicativos, ferramentas como "Equidade SUS" e "Viva Mulher" se destacam por sua praticidade, oferecendo acesso rápido a protocolos de atendimento e orientações sobre acolhimento de vítimas. Essas soluções facilitam o trabalho dos profissionais, especialmente na atenção primária, ao prover informações estruturadas e integradas.

No segmento de jogos educacionais, o "Caixa de Pandora", da Universidade Federal da Paraíba, utiliza simulações interativas para promover reflexão crítica e mudanças de postura na abordagem da violência doméstica. Jogos como "Não É Brincadeira. É Violência" reforçam o aprendizado prático por meio de atividades cooperativas.

Os podcasts também são recursos valiosos, como o "Desafios e Estratégias na Abordagem do Problema da Violência pela Equipe de Saúde da Família", que fornece exemplos práticos de como equipes podem atuar em casos complexos. Complementarmente, programas como o Projeto Farfalle, da UFCSPA, oferecem acolhimento e capacitação, integrando apoio emocional e treinamento técnico. Já o Programa de Enfrentamento à Violência – Direitos Humanos, Saúde e Educação, da UFSC, une conhecimento teórico e prático em direitos humanos e saúde, promovendo uma abordagem interdisciplinar.

Observa-se que as ferramentas educativas disponíveis nos repositórios abertos e analisadas são fundamentais para preparar profissionais de saúde para atuar de forma eficaz no enfrentamento da violência. Contudo, é necessário que sejam constantemente aprimoradas para atender às demandas dos profissionais em diferentes contextos. A seguir, algumas recomendações:

- Promover maior interatividade: Incorporar simulações práticas e gamificação nos recursos educativos para reforçar o aprendizado ativo.
- Garantir acessibilidade: Desenvolver ferramentas inclusivas, com funcionalidades offline e adaptadas para diferentes níveis de alfabetização.
- Aumentar a integração com serviços públicos: Criar conexões entre ferramentas educativas e sistemas de saúde, como o SUS e o SINAN, para otimizar o uso dos recursos no dia a dia.
- Fomentar a interdisciplinaridade: Ampliar a participação de diferentes áreas, como saúde, direitos humanos e educação, no desenvolvimento e aplicação dessas ferramentas.

Por fim considera-se que a integração entre os princípios de IEC e marketing social torna essas ferramentas transformadoras, não apenas ao capacitar os profissionais, mas também ao

promover mudanças comportamentais e fortalecer os serviços de saúde no enfrentamento da violência.

#### **9.1.6. Considerações reflexivas sobre os pressupostos e aspectos para o desenvolvimento do protótipo de ferramenta de IEC para profissionais da APS a partir levantamento de ferramentas IEC existentes**

Considera-se que a integração entre os princípios de IEC e marketing social torna essas ferramentas transformadoras, não apenas ao capacitar os profissionais, mas também ao promover mudanças comportamentais e fortalecer os serviços de saúde no enfrentamento da violência (QUADRO 19).

#### **Quadro 19 – Síntese das considerações para o desenvolvimento do protótipo de ferramenta de IEC para profissionais da APS**

<b>Aspecto</b>	<b>Descrição</b>
Objetivo Principal	Capacitar profissionais da APS para o manejo sensível e eficaz de casos de violência.
Funcionalidades Essenciais	Protocolos interativos. Simulações de casos. Fluxos de atendimento integrados.
Acessibilidade	Ferramenta offline. Interface inclusiva e intuitiva.
Interatividade	Gamificação. Ferramentas de autoavaliação.
Conteúdo Educativo	Informações sobre legislação. Identificação de sinais de violência.
Personalização	Adequação ao contexto cultural e social dos usuários.
Integração com Redes de Apoio	Conexão com sistemas como o SUS e SINAN.
Promoção de Marketing Social	Uso de campanhas para divulgar o aplicativo.
Desenvolvimento Colaborativo	Envolver especialistas em saúde, direitos humanos e tecnologia.

**Fonte:** Elaboração própria, a partir de revisão integrativa da literatura (2025).

Com bases nos achados, considera-se que o desenvolvimento de um protótipo de ferramenta de Informação, Educação e Comunicação (IEC) para profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento da violência deverá ser fundamentado nos princípios do marketing social em saúde e em abordagens de design instrucional contextualizado. Essas perspectivas garantirão a criação de um recurso funcional, culturalmente adaptado e voltado para a transformação de práticas profissionais e comportamentais.

A ferramenta deverá ter como objetivo capacitar os profissionais da APS, promovendo a aquisição de conhecimentos e habilidades práticas para identificar, manejar e encaminhar casos de violência. O marketing social em saúde deverá desempenhar um papel crucial, ao focar na mudança de comportamento dos profissionais para práticas mais eficazes e humanizadas

(Kotler and Zaltman, 1971). Como em campanhas de saúde pública, o uso da ferramenta deverá ser incentivado por meio de estratégias que evidenciem os benefícios diretos para os usuários e para o público atendido.

A ferramenta deverá incluir funcionalidades interativas, como protocolos dinâmicos, simulações de casos e fluxos de atendimento integrados. De acordo com o design instrucional, esses recursos deverão ser apresentados de forma sequencial e progressiva, respeitando o nível de experiência dos profissionais (Morrison *et al.*, 2010). Além disso, o uso de simulações baseadas em situações reais, como proposto no jogo "Caixa de Pandora" (Ufpb, 2022), deverá permitir a prática segura de tomadas de decisão, aumentando a confiança dos usuários.

A ferramenta deverá funcionar em modo offline e apresentar uma interface intuitiva e inclusiva, permitindo acesso mesmo em regiões com pouca conectividade. Estudos mostram que barreiras tecnológicas podem comprometer a adoção de ferramentas educativas (Vasconcellos-Silva *et al.*, 2017). Assim, o design instrucional deverá priorizar elementos visuais claros e funcionalidades acessíveis para usuários com diferentes níveis de alfabetização digital.

O conteúdo da ferramenta deverá abranger informações sobre legislação, identificação de sinais de violência e direitos das vítimas, alinhando-se ao princípio de marketing social de "produto" – neste caso, o conhecimento aplicado (Kotler *et al.*, 2008). Por exemplo, aplicativos como "Equidade SUS" destacam a relevância de informações diretas e facilmente acessíveis. Além disso, vídeos educativos, como "Violência contra as mulheres: o que os profissionais de saúde têm a ver com isso?", fornecem informações de como complementar o conteúdo textual, promovendo engajamento por meio de diferentes formatos de aprendizado.

A ferramenta deverá ser adaptável às realidades culturais e regionais dos profissionais. Isso significará criar conteúdo que reflitam as especificidades locais, incluindo dialetos regionais e exemplos contextualizados. Essa abordagem deverá estar alinhada à teoria de marketing social, que enfatiza a segmentação do público-alvo para aumentar a eficácia das intervenções (Kotler *et al.*, 2008).

Elementos de gamificação e autoavaliação poderão ser incorporados para reforçar o aprendizado ativo. Ferramentas como quizzes, cenários simulados e feedback imediato deverão permitir que os usuários identifiquem lacunas em seu conhecimento e revisem conteúdos conforme necessário (Morrison *et al.*, 2010). Esses elementos deverão promover o engajamento e ajudar a consolidar mudanças comportamentais duradouras.

Acredita-se que o sucesso da ferramenta deverá depender também de campanhas de divulgação que promovam seu uso entre os profissionais da APS. Essas campanhas deverão ser estruturadas com base nos "4Ps" do marketing social: produto (a ferramenta educativa), preço (redução de barreiras ao uso), praça (disponibilidade) e promoção (campanhas direcionadas) (Kotler and Zaltman, 1971).

O design e a implementação da ferramenta deverão envolver uma abordagem colaborativa, com a participação de especialistas em saúde, tecnologia e direitos humanos. Isso garantirá que o conteúdo seja tecnicamente preciso e culturalmente apropriado, aumentando a adesão e o impacto (Morrison *et al.*, 2010).

Em suma, o desenvolvimento do protótipo deverá refletir uma aplicação prática das teorias de marketing social e design instrucional. O marketing social, ao direcionar mudanças comportamentais, deverá complementar o design instrucional, que organizará os conteúdos e funcionalidades para maximizar o aprendizado. A ferramenta, ao promover a capacitação contínua e integrativa, deverá se tornar um recurso essencial para o enfrentamento da violência na APS (Kotler and Zaltman, 1971; Kotler *et al.*, 2008; Morrison *et al.*, 2010; Vasconcellos-Silva *et al.*, 2017; Zanello, 2020; Tavares *et al.*, 2021; MinistéRio Da Saúde, 2025).

## **9.2. Etapa 2a da Fase 1 do diagnóstico situacional: desenvolvimento do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência**

O questionário desenvolvido para a pesquisa sobre ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) na Atenção Primária à Saúde (APS) para mitigação da violência foi estruturado em cinco blocos temáticos, a partir de revisão de literatura e análise de instrumentos já validados, sempre visando a adequação ao contexto dos profissionais de saúde da APS. O primeiro bloco, “Perfil Profissional e Formação”, contemplou perguntas voltadas à identificação do participante, incluindo sua profissão (por exemplo: médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, agente comunitário de saúde), idade, gênero, tempo de atuação na APS, além do histórico de capacitação sobre violência e atendimento a vítimas. Um exemplo de pergunta deste bloco é: “Você já recebeu algum tipo de capacitação sobre identificação e notificação de casos de violência?” ou “Quanto tempo durou a capacitação mais relevante?”

O segundo bloco, “Conhecimentos sobre Identificação e Repercussões da Violência”, buscou avaliar o domínio dos profissionais quanto à identificação dos diferentes tipos de violência e seus sinais. Entre as perguntas, constam: “Quais tipos de violência devem ser

obrigatoriamente notificados?”, “Marque os sinais/sintomas de violência física” e “Qual a importância de identificar sinais de violência durante o atendimento?”. Também foram incluídas questões sobre as legislações que regem a notificação, como a Lei Maria da Penha e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além de barreiras enfrentadas na denúncia, tais como medo de retaliação, falta de apoio institucional ou desconhecimento dos fluxos.

No bloco “Conhecimento sobre Fluxos e Processos”, o foco foi o conhecimento dos fluxos institucionais, procedimentos de registro e encaminhamento de casos. Foram abordadas questões como: “Em caso de suspeita de violência, qual o primeiro passo?”, “Você já utilizou o sistema SINAN?” e “Quais canais de denúncia você conhece?” (exemplos: Disque 100, Conselho Tutelar, Delegacia da Mulher, aplicativos oficiais). Também foram exploradas percepções sobre dificuldades no uso do SINAN, preparo para orientar vítimas e conhecimento das redes de apoio disponíveis para as vítimas de violência.

O quarto bloco, “Ferramentas de IEC e Atualização Profissional”, abordou os recursos utilizados para atualização sobre o tema violência, bem como as preferências dos profissionais. Exemplos de perguntas incluem: “Que ferramentas digitais você utiliza com frequência?” (alternativas: vídeos curtos, podcasts, jogos educativos, aplicativos de protocolos, PDFs/artigos científicos, cursos online), “Você utiliza ferramentas digitais para se atualizar sobre violência?” e “Quais ferramentas considera mais eficazes para este tema?”. Além disso, foram solicitadas opiniões sobre o que torna uma ferramenta educativa mais eficaz, como simplicidade de navegação, interatividade, acesso offline e confiabilidade do conteúdo.

Por fim, o bloco “Avaliação Pessoal e Sugestões Finais” convidou os participantes a refletirem sobre sua própria capacidade de manejo de casos de violência (“Como você avalia sua eficácia no manejo de casos de violência?”), o interesse em participar de futuras capacitações, além de espaço aberto para sugestões, comentários ou relatos de experiências sobre o tema. Perguntas como “Você tem interesse em participar de capacitações futuras sobre o tema?” e “Deseja deixar alguma sugestão, comentário ou experiência sobre o tema?” visaram captar contribuições qualitativas para aprimoramento do instrumento e das estratégias educativas.

O questionário foi redigido em linguagem clara, combinando perguntas fechadas (múltipla escolha, escala Likert) e abertas para abarcar tanto aspectos objetivos quanto subjetivos da atuação dos profissionais. Após sua elaboração, foi submetido à avaliação de especialistas, que contribuíram com sugestões para aprimorar a clareza, relevância e

aplicabilidade das perguntas ao cotidiano da APS, garantindo um instrumento robusto para a coleta de dados na pesquisa principal.

### **9.2.1. Discussão do desenvolvimento do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência**

O desenvolvimento do questionário de pesquisa constituiu uma etapa central do diagnóstico situacional, uma vez que o instrumento foi concebido não apenas como meio de coleta de dados, mas como dispositivo analítico capaz de captar dimensões técnicas, subjetivas e operacionais da atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) frente às situações de violência. Em consonância com abordagens metodológicas em Saúde Coletiva, a construção do instrumento partiu do reconhecimento de que a violência é um fenômeno complexo, multidimensional e profundamente atravessado por determinantes sociais, institucionais e culturais (Dahlberg, Linda L and Krug, Etienne G, 2006; Minayo, M. C. D. S., 2006b).

A estruturação do questionário foi orientada por referenciais que compreendem a APS como eixo estratégico do enfrentamento da violência no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente por sua posição privilegiada na identificação precoce, no acolhimento e no encaminhamento das vítimas (Paim, 2003; Oliveira and Pereira, 2013). Dessa forma, os blocos temáticos foram organizados para contemplar tantos aspectos objetivos da prática profissional — como reconhecimento de sinais, conhecimento de fluxos e uso de sistemas de notificação — quanto dimensões subjetivas, relacionadas ao preparo percebido, à autoconfiança e à disposição para formação continuada.

A definição das dimensões analíticas incorporadas ao instrumento dialoga com evidências da literatura que apontam lacunas recorrentes na formação e na atuação dos profissionais da APS frente à violência, incluindo dificuldades na identificação de casos, insegurança para abordagem e subnotificação persistente (Coelho *et al.*, 2009; Porto *et al.*, 2014; Alcantara *et al.*, 2016). Nesse sentido, o questionário foi desenvolvido de modo a tornar visíveis essas lacunas, evitando uma abordagem exclusivamente normativa e buscando captar a realidade concreta do trabalho em saúde.

O processo de elaboração das perguntas buscou equilibrar rigor conceitual e clareza operacional, considerando o contexto de trabalho da APS, marcado por elevada demanda assistencial e múltiplas atribuições. A opção por perguntas diretas, com exemplos

contextualizados à rotina dos serviços, dialoga com recomendações metodológicas clássicas para construção de instrumentos de pesquisa em saúde, que ressaltam a importância da inteligibilidade, da objetividade e da adequação linguística ao público-alvo (Marconi and Lakatos, 2003; Appolinário, 2006).

Além disso, o desenvolvimento do questionário foi atravessado por uma perspectiva ética e humanizada, reconhecendo que a temática da violência pode mobilizar experiências pessoais e profissionais sensíveis. Por esse motivo, buscou-se evitar formulações culpabilizantes ou avaliativas, reforçando o caráter diagnóstico e formativo do instrumento. Essa escolha dialoga com abordagens que defendem práticas de cuidado e pesquisa baseadas no acolhimento, no vínculo e na corresponsabilização, especialmente no contexto da APS (Coelho *et al.*, 2009; Gonsalves and Schraiber, 2021).

Outro aspecto relevante no desenvolvimento do instrumento foi a inclusão de dimensões relacionadas ao uso de tecnologias e ferramentas digitais, considerando o crescente papel das tecnologias educacionais e informacionais no apoio às práticas em saúde. A literatura aponta que ferramentas digitais, quando adequadamente desenhadas e contextualizadas, podem contribuir para a qualificação da prática profissional e para a ampliação do acesso a informações estratégicas sobre violência (Boudreaux *et al.*, 2014; Eisenhut *et al.*, 2020). Assim, o questionário incorporou itens que permitiram avaliar tanto a atratividade quanto as condições reais de uso dessas tecnologias pelos profissionais da APS.

Nesse sentido, o desenvolvimento do questionário assumiu uma lógica intencionalmente aplicada, voltada para subsidiar etapas posteriores do estudo, especialmente a validação, o pré-teste e, posteriormente, a construção de um protótipo educativo-informacional. Tal abordagem está alinhada a perspectivas de pesquisa-intervenção e de desenvolvimento metodológico, nas quais o instrumento não é um fim em si mesmo, mas parte de um processo contínuo de produção de conhecimento e transformação da prática (Hilasaca-Mamani *et al.*, 2015; Oliveira, D. C. N. *et al.*, 2022). O cuidado empregado em sua construção fortaleceu a consistência das etapas subsequentes do diagnóstico situacional e contribuiu para que o instrumento se configurasse como uma ferramenta sensível às complexidades do enfrentamento da violência na APS, reafirmando o papel da Saúde Coletiva na articulação entre conhecimento, prática e políticas públicas (Minayo, M. C. D. S., 2006b; Oms, 2014).

Assim sendo, a Etapa 2ª consolidou bases conceituais, operacionais e metodológicas do questionário, garantindo uma coerência entre os objetivos do estudo, os referenciais teóricos e

as estratégias de mensuração propostas. O cuidado empregado na construção da ferramenta fortaleceu a consistência nas etapas seguintes do diagnóstico situacional e contribuiu também para que o instrumento fosse considerado como uma ferramenta sensível às complexidades do enfrentamento da violência na APS, reafirmando assim o papel da Saúde Coletiva na articulação entre o conhecimento, práticas e políticas públicas (Minayo, M. C. D. S., 2006b; Oms, 2014; Malta *et al.*, 2017).

### 9.3. Etapa 2b da Fase 1 do diagnóstico situacional: validação do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência

Participaram do pré-teste 15 profissionais da APS, com diversidade de formação e atuação, abrangendo profissionais de nível superior, técnico e médio, com diferentes graus de envolvimento na atenção direta e comunitária (TABELA 1).

**Tabela 1** - Descrição dos validadores do questionário.

CATEGORIA PROFISSIONAL	FA	%
Médico	3	20,0
Enfermeiro	4	26,7
Dentista	2	13,3
Fisioterapeuta	1	6,7
Técnico de enfermagem	3	20,0
Agente comunitário de saúde	2	13,3
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Embora o instrumento não tenha coletado dados sociodemográficos, foi elaborada uma simulação com base em estudos do Ministério da Saúde e IBGE sobre o perfil dos trabalhadores da APS (APÊNDICE E;).

**Tabela 2** – Simulação do perfil dos validadores do questionário.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO (SIMULADA)
Sexo	73% feminino, 27% masculino
Faixa etária	33% entre 25–34 anos, 47% entre 35–44 anos, 20% entre 45–59 anos
Tempo de atuação	27% até 5 anos, 46% entre 6–10 anos, 27% mais de 10 anos
Local de atuação	60% em área urbana, 27% em zona periurbana, 13% em zona rural
Escolaridade	60% ensino superior completo, 20% especialização, 20% ensino técnico

Fonte: Dados simulados pelo autor

Para uma melhor contextualização da análise dos resultados do pré-teste do questionário foi realizada uma simulação sociodemográfica levando em consideração variáveis amplamente utilizadas em estudos sobre o perfil dos trabalhadores da APS no Brasil . Por meio desta abordagem visa-se suprir a ausência de coleta direta destes dados na da versão do questionário aplicada no pré teste, permitindo assim uma melhor compreensão das respostas e sugestões dos participantes.

A primeira variável a ser simulada foi o sexo dos respondentes. Dados do Ministério da Saúde, por meio do e-Gestor AB, e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo IBGE indicam que a população feminina é sexo predominante na APS (70%-80%). Esse padrão pode ser explicado principalmente pelas categorias de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que historicamente concentram um grande percentual de mulheres dentro de sua força de trabalho. Levando isso em conta, adotou-se uma distribuição de 73% do sexo feminino e 27% do masculino na simulação.

Outra variável relevante simulada foi a faixa etária, pois a mesma influencia diretamente na experiência profissional e na familiaridade do trabalhador com tecnologias e práticas e planos institucionais. De acordo com dados da PNAD Contínua e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a maior parte da população de profissionais da APS encontra-se entre os 30 e 45 anos de idade. Considerando isto, foi simulada uma distribuição com 33% entre 25 e 34 anos, 47% entre 35 e 44 anos, e 20% entre 45 e 59 anos.

Quanto à escolaridade, considerou-se na simulação as diferenças entre as categorias profissionais. Médicos, dentistas e enfermeiros possuem ensino superior completo, sendo algo comum que parcela deles já tenha ao menos uma pós-graduação lato sensu. Já técnicos de enfermagem e agentes comunitários tendem a ter formação técnica ou ensino médio completo. Levando em consideração estudos do COFEN, relatórios da OPAS Brasil e as respostas obtidas no pré-teste, simulou-se que 60% dos respondentes têm o ensino superior completo, 20% possuem especialização e 20% formação técnica.

O tempo de atuação na APS é um aspecto crucial, pois o tempo de atuação do profissional está diretamente ligado aos conhecimentos do mesmo sobre os processos de trabalhos, na sua confiança nas abordagens com usuários e à consolidação dos vínculos com o território. Levando em consideração os estudos da Rede ObservaRH/Fiocruz e do e-Gestor AB, existe uma distribuição equilibrada entre profissionais novatos e veteranos. Na simulação foi refletida esta realidade, adotando uma distribuição de 27% dos respondentes com até 5 anos de atuação, 46% com 6 a 10 anos e 27% com mais de 10 anos.

Para finalizar, o local de atuação também foi simulado, pois o mesmo tem influência no acesso à recursos, fluxos de denúncia e disponibilidade de apoio institucional. Pela distribuição populacional Brasileira se concentra majoritariamente em zonas urbanas, é razoável se dizer que a maior parte dos profissionais da APS estão em zonas urbanas, no entanto, também há uma significativa presença em zonas periurbanas e rurais. Essa realidade foi apresentada na simulação com 60% dos profissionais atuando em áreas urbanas, 27% em zonas periurbanas e 13% em zonas rurais, com base nos dados do Painel de Indicadores da APS e do e-Gestor AB.

Por meio da escolha dessas variáveis e suas distribuições aproximamos a amostra simulada do perfil médio dos trabalhadores da APS do Brasil e fundamentamos a interpretação dos resultados e as sugestões de melhoria do instrumento. Ao entender e compreender o provável perfil dos respondentes é possível interpretar com uma melhor precisão os resultados e dificuldades relatados. Reconhecemos que há uma fragilidade nesta etapa, pois a simulação, ainda que fundamentada, tem limitações quanto à inferência específica para a amostra (TABELA 2).

O tempo necessário para o preenchimento variou entre 5 e 30 minutos, com uma média de 13,7 minutos ( $\pm 7,7$ ). A grande diferença entre os tempos de resposta (5 a 30 minutos) demonstra que há itens que podem ser mais complexos ou públicos menos familiarizados. Questionamos se o tempo de resposta excessivo compromete a aplicabilidade para os Agentes Comunitários de Saúde (TABELA 3).

**Tabela 3** – Tempo de resposta ao questionário original.

TEMPO PARA RESPONDER	FA	%
5–10 min	6	40
12–15 min	3	20
20–30 min	6	40

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Os itens do questionário original foram avaliados em três dimensões: clareza das perguntas, adequação da linguagem e pertinência ao contexto da APS. A clareza e a pertinência das perguntas foram unanimemente aceitas. A linguagem técnica teve uma boa aceitação, mas pode ser aprimorada para públicos com menor familiaridade com termos específicos.

Ainda que estatisticamente fortes, os dados sugerem uma necessidade de ajustes finos, como demonstrado pelas sugestões qualitativas. Há espaço para uma maior clareza sobre os fluxos institucionais de denúncia e responsabilidades profissionais. Os relatos mostram insegurança e desconhecimento sobre os procedimentos de denúncia. Itens com simulações de casos podem fortalecer esse eixo.

**Tabela 4** – Clareza das perguntas, adequação da linguagem e pertinência ao contexto da APS por bloco do questionário original.

CRITÉRIO AVALIADO	MÉDIA	DP	IVC	DECISÃO
<b>PERFIL PROFISSIONAL E FORMAÇÃO</b>				
Clareza das perguntas	4,33	0,90	1,00	Aceito
Adequação da linguagem	4,27	0,88	0,93	Aceito
Pertinência para a realidade	4,47	0,74	1,00	Aceito
<b>IDENTIFICAÇÃO E REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA</b>				
Clareza das Perguntas	4,27	0,70	1,00	Aceito
Adequação da Linguagem	4,07	0,59	1,00	Aceito
Pertinência para a Realidade	4,33	0,62	1,00	Aceito
<b>FLUXOS E PROCESSOS DE DENÚNCIA</b>				
Clareza das Perguntas	4,13	0,83	1,00	Aceito
Adequação da Linguagem	4,00	0,96	0,93	Aceito
Pertinência para a Realidade	4,07	0,80	1,00	Aceito
<b>USO E PERCEPÇÃO SOBRE FERRAMENTAS DE IEC</b>				
Clareza das Perguntas	4,00	0,85	1,00	Aceito
Adequação da Linguagem	4,00	0,87	0,93	Aceito
Pertinência para a Realidade	4,00	0,81	1,00	Aceito

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

O quadro a seguir evidencia aspectos que os números não revelam sozinhos, como as dificuldades com termos técnicos, realidades territoriais distintas e sugestões práticas como inclusão de “não se aplica” (QUADRO 20).

## Quadro 20 - Sugestões qualitativas de ajuste do questionário original.

TEMA	CITAÇÃO
Clareza das instruções	<i>“Deixar mais claro nas perguntas, se pode marcar mais de uma opção.”</i>
Linguagem técnica	<i>“Alguns termos como SINAN, pode ser comum a outros profissionais, mas para o ACS não é... não consegui responder nada que fosse a respeito dele.”</i>
Realidade territorial	<i>“APS no interior é outra realidade. Não tem delegacia da mulher p.ex.”</i> <i>“A dificuldade de notificação não está ligada aos formulários/sistemas envolvidos e sim, à população atendida.”</i>
Opções de resposta	<i>“Para os profissionais que nunca tiveram contato com essa realidade no seu cotidiano de atendimento, deveria haver um item como ‘não se aplica’ ou ‘nunca tive esse tipo de situação’.”</i>
Formação profissional	<i>“Você acredita que as instituições preparam a formação dos profissionais para essa temática? Não.”</i>
Fluxo de notificação	<i>“Muitos têm medo de denunciar e não sabem as consequências do descaso. ”</i> <i>Geralmente não temos uma resposta do Conselho Tutelar.”</i>
Ferramentas de IEC	<i>“Dar exemplos das ferramentas eletrônicas em questão, que estão sendo citadas como exemplo.”</i> <i>“Capacitações online para nível médio são pouco difundidas.”</i>
Tamanho e formato	<i>“O tamanho do texto e o formato foram adequados.”</i> <i>“Tamanho excelente, prático e fácil.”</i>
Sugestão de novas perguntas	<i>“Acredito que algo que ajudasse a vocês identificarem o território onde o profissional atua...”</i> <i>“Colocar como opção: não sei ou não se aplica.”</i>

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

As observações e aplicações levantadas durante o processo de validação apontam aspectos importantes para o aprimoramento do questionário. Em primeiro lugar, a terminologia técnica merece atenção, pois sugestões nesse sentido indicam que siglas e nomes de sistemas podem gerar dúvidas, especialmente entre agentes comunitários de saúde (ACS) e técnicos, devendo ser simplificados ou explicados no instrumento. Além disso, questões relacionadas ao fluxo de resposta demonstram a necessidade de ajustes funcionais no formulário, com o objetivo de evitar vieses e garantir maior aderência dos participantes ao questionário (QUADRO 21).

**Quadro 21** - Classificação das sugestões qualitativas por temas críticos.

SUGESTÃO	TEMA CRÍTICO	DESCRIÇÃO DO IMPACTO
Incluir opção "não se aplica" nas respostas	Fluxo de resposta	Evita respostas forçadas, respeita a realidade dos diferentes perfis.
Incluir opção "não sei responder"	Fluxo de resposta	Protege a qualidade dos dados, evitando suposições.
Incluir glossário ou explicação de termos técnicos (ex: SINAN)	Terminologia técnica	Aumenta a compreensão de termos institucionais por profissionais de diversas áreas.
Adaptar linguagem para torná-la mais simples e direta	Linguagem acessível	Facilita o preenchimento por profissionais com diferentes níveis de escolaridade.
Inserir exemplos práticos nos itens mais complexos	Linguagem acessível	Torna o instrumento mais compreensível, especialmente em contextos práticos.
Rever termos com tom "acusatório" ou forte (ex: "negligência", "falha grave")	Adequação ética e emocional	Evita constrangimento e resistência, promovendo acolhimento.
Ajustar redação de questões muito longas	Linguagem acessível / fluidez	Melhora a legibilidade e reduz a fadiga no preenchimento.
Reavaliar sequência dos blocos temáticos	Organização do instrumento	Torna o percurso lógico mais fluido e intuitivo.
Diferenciar perguntas por perfil profissional (ex: ACS vs. Médico)	Contextualização profissional	Aumenta a precisão das respostas e reduz ambiguidades.

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Também foi ressaltada a importância de utilizar uma linguagem acessível, adequada a diferentes níveis educacionais, para que todos compreendam e consigam responder às perguntas. Outro ponto relevante é a contextualização profissional das questões, o que evita generalizações e torna as respostas mais válidas e específicas para cada função. Por fim, recomenda-se atenção à adequação ética, garantindo que o instrumento seja acolhedor, formativo e não tenha um caráter punitivo para os profissionais respondentes (QUADRO 22).

**Quadro 22** - Priorização de mudanças, considerando as sugestões qualitativas

<b>PRIORIDADE</b>	<b>SUGESTÃO</b>	<b>RESUMO</b>	<b>FREQUÊNCIA IMPACTO</b>
<b>ALTA</b>	Incluir opção "não se aplica" nas respostas	Permitir ao respondente indicar irrelevância da questão a sua realidade	Alta frequência, melhora inclusão
<b>ALTA</b>	Incluir glossário ou explicação de termos técnicos (ex: SINAN)	Reduzir dúvidas sobre siglas e expressões institucionais	Média frequência, alto impacto
<b>ALTA</b>	Adaptar linguagem para torná-la mais simples e direta	Facilitar compreensão para profissionais com diferentes níveis de formação	Média frequência, essencial à acessibilidade
<b>MÉDIA</b>	Incluir opção "não sei responder"	Prevenir respostas forçadas em itens desconhecidos	Média frequência, melhora a fidedignidade
<b>MÉDIA</b>	Inserir exemplos práticos nos itens mais complexos	Ajudar o respondente a entender o contexto da pergunta	Frequência baixa, impacto situacional
<b>MÉDIA</b>	Rever termos com tom "acusatório" ou forte (ex: "negligência", "falha grave")	Tornar a linguagem mais acolhedora e formativa	Frequência baixa, impacto ético importante
<b>BAIXA</b>	Ajustar redação de questões muito longas	Melhorar a fluidez de leitura e tempo de resposta	Frequência pontual, impacto moderado
<b>BAIXA</b>	Reavaliar sequência dos blocos temáticos	Tornar o preenchimento mais lógico e progressivo	Sugerido por um respondente
<b>BAIXA</b>	Diferenciar perguntas por perfil profissional (ex: ACS vs. Médico)	Evitar generalizações que dificultam respostas	Baixa frequência, impacto localizado

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Os resultados que foram obtidos no processo de validação do questionário confirmam a sua adequação para a aplicação no contexto da APS. O uso combinado dos critérios de Lynn com o modelo IVC permitiu uma avaliação objetiva dos itens e uma boa integração das percepções qualitativas dos avaliadores. Os altos valores de IVC ( $\geq 0,93$ ) em todas as categorias avaliadas (clareza, linguagem e pertinência) revelam um elevado grau de consenso entre os avaliadores quanto à utilidade e usabilidade do instrumento. Este dado é muito importante, principalmente ao se considerar a grande diversidade de respondentes em termos de categoria profissional e experiência prática, evidenciados na caracterização sociodemográfica.

Apesar destes altos valores, os comentários qualitativos oferecem uma nova visão, pois apesar da boa avaliação geral, ainda há nuances que devem ser considerados para garantir uma boa acessibilidade e aplicabilidade. Um exemplo são termos técnicos como "SINAN", que podem ser acessíveis e familiares à médicos e enfermeiros, por muitas vezes podem não ser para ACS 's. O que levanta a necessidade de um glossário ou mesmo explicações na própria pergunta nos itens que se utilizam de uma terminologia institucional.

Um ponto que apareceu durante as avaliações qualitativas foi a diferença entre territórios. Profissionais que atuam em zonas rurais ou periferias relataram que existem barreiras na execução de procedimentos, como a notificações de violência. Este ponto reforça a necessidade de se adaptar o questionário com exemplos práticos ou simulações que englobem as mais diversidades realidades. A presença de sugestões da inclusão de opções como “não se aplica” revelam uma sensibilidade prática dos respondentes, e apontam para a importância de um instrumento sensível às vivências cotidianas da APS.

Por fim, a boa aceitação das perguntas sobre ferramentas de IEC contrasta com as respostas obtidas sobre o desconhecimento ou até mesmo limitação no acesso a essas ferramentas. Esse dado sugere que para além de um instrumento de coleta de dados, o questionário poderá ter uma função educativa, estimulando os profissionais a refletirem sobre práticas, recursos e lacunas de formação.

Embora o processo de validação do instrumento tenha seguido uma metodologia rigorosa, é importante reconhecer algumas limitações que podem influenciar a generalização e aplicação dos resultados obtidos. Primeiramente, salienta-se que o número de participantes no pré-teste foi relativamente reduzido ( $n=15$ ), o que, apesar de suficiente para os cálculos de IVC segundo Lynn (1986), ainda limita a representatividade da amostra. A heterogeneidade profissional dos respondentes, no entanto foi parcialmente compensada pela simulação sociodemográfica feita, que teve como objetivo refletir o perfil médio dos profissionais da APS no Brasil. No entanto, essa simulação não substitui dados reais, assim restringindo uma análise mais detalhada.

Para além do citado anteriormente, o fato da aplicação ter ocorrido por meio de um ambiente 100% virtual pode ter influenciado fatores como o tempo de preenchimento e a interpretação de algumas questões, especialmente dentre os profissionais que tem uma menor familiaridade com as tecnologias. A ausência de acompanhamento direto durante o preenchimento impediu a contagem do tempo exato de preenchimento dentre os avaliadores, além de uma observação de comportamentos importantes, como dúvidas em tempo real, ou até mesmo hesitações não verbalizadas.

Finalizando, ainda que o IVC tenha alcançado avaliações positivas em todos os blocos, os resultados da análise qualitativa revelaram aspectos que necessitam de ajustes estruturais e linguísticos. Esses resultados reforçam que embora a validação estatística seja essencial, ela

deve ser complementada por uma escuta sensível aos contextos de trabalho e às mais diferentes realidades.

Essas limitações não comprometem a validade geral do instrumento, mas apontam a necessidade de novas etapas de refinamento e validação ampliada em diferentes cenários e com públicos variados da APS. Levando tudo isso em conta, estes resultados reforçam o valor do processo de testagem participativa e orienta os próximos passos no aprimoramento do instrumento: fazer ajustes finos de linguagem, contextualizar termos e ampliar a flexibilidade das opções de resposta. Essas mudanças serão fundamentais para garantir que o questionário cumpra seu papel formativo, investigativo e de mobilização no enfrentamento da violência na APS.

### **9.3.1. Discussão da validação do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência**

A validação do questionário desenvolvido constitui uma etapa essencial do diagnóstico situacional, uma vez que esta etapa é responsável por assegurar que o instrumento é capaz de captar de forma legítima e contextualizada, os diversos elementos que conformam a prontidão dos profissionais da APS para o atendimento de vítimas de violência. Dentro do campo da Saúde Coletiva, a construção e validação de instrumentos não se restringem somente à procedimentos técnicos, mas também envolvem uma articulação entre o rigor metodológico, a aderência à realidade social investigada e a pertinência teórica (Marconi and Lakatos, 2003; Appolinário, 2006).

Os resultados da etapa de validação indicam coerência interna entre as dimensões propostas, especialmente aquelas relacionadas ao reconhecimento da violência como problema de saúde pública, ao conhecimento normativo-operacional e à disposição para uma formação continuada. Estes achados dialogam diretamente com a literatura que indica a APS como um espaço essencial para a identificação, acolhimento e encaminhamento de situações de violência, quando os profissionais estão munidos de instrumentos conceitualmente sólidos e operacionalmente aplicáveis (Krug, E. G. *et al.*, 2002b; Dahlberg, Linda L and Krug, Etienne G, 2006; Minayo, M. C. D. S., 2006b).

Organizar o questionário em blocos temáticos permitiu contemplar tanto aspectos objetivos, como os conhecimentos de fluxos, canais de denúncia e uso de sistemas oficiais de notificação, quanto dimensões subjetivas, como por exemplo autopercepção de capacidade,

reconhecimento de lacunas e interesse por capacitação. Essa abordagem converge com estudos que destacam a importância não somente do domínio técnico, mas também de atitudes, valores, percepções e segurança subjetiva para agir frente à violência (Reid and Glasser, 1997; Porto *et al.*, 2014; Zanello, 2020).

Em relação à validade de conteúdo, incluir itens relacionados à notificação compulsória e o uso do SINAN reforça a aderência do questionário às diretrizes nacionais de vigilância em saúde e enfrentamento da violência. Estudos apontam a subnotificação como um dos principais obstáculos à visibilidade do fenômeno e à formulação de políticas públicas eficazes contra a violência, esta subnotificação normalmente está associada ao desconhecimento dos fluxos institucionais e à insegurança dos profissionais quanto às implicações legais do ato de notificar (Coelho *et al.*, 2009; Freitas *et al.*, 2017).

Para além disso, a incorporação de variáveis relacionadas à atratividade e uso de ferramentas digitais mostra-se pertinente ao se levar em consideração a crescente incorporação das tecnologias da informação e comunicação no campo da saúde. A literatura recente evidencia o potencial de aplicativos e plataformas digitais como dispositivos de apoio para a denúncia, o acolhimento e a orientação das vítimas, desde que os mesmos estejam integrados aos serviços de saúde e também à capacitação adequada dos profissionais (Boudreaux *et al.*, 2014; Eisenhut *et al.*, 2020; Magalhães *et al.*, 2022). Nesse sentido, a validação da ferramenta sinaliza que a mesma está adequada para subsidiar futuras estratégias de intervenção tecnológica, alinhadas aos princípios do marketing social e da promoção da saúde (Kotler and Zaltman, 1971; Walsh *et al.*, 1993; Grier and Bryant, 2005).

Outro aspecto relevante sobre a validação, fala sobre a linguagem utilizada no questionário, que se mostrou compatível com o cotidiano da APS, favorecendo assim a compreensão e reduzindo possíveis ambiguidades interpretativas. Esse cuidado com a linguagem é essencial em pesquisas aplicadas no contexto dos serviços de saúde, nos quais instrumentos que sejam excessivamente técnicos ou distantes da prática tendem a comprometer a qualidade das respostas e a adesão dos participantes (Vila and Vila, 2007; Hilaraca-Mamani *et al.*, 2015).

Por fim, a validação do questionário, ao confirmar da sua capacidade de discriminar diferentes níveis de prontidão, conhecimento e disposição para formação, reforça sua utilidade como ferramenta diagnóstica e estratégica. Para além de um instrumento de mensuração, o questionário se consolida como um dispositivo analítico que é capaz de orientar processos

formativos, intervenções institucionais e o desenvolvimento de tecnologias educativas com foco no enfrentamento da violência na APS, em consonância com abordagens intersectoriais e com a perspectiva dos direitos humanos (Oms, 2014; Gonsalves and Schraiber, 2021; Oliveira, D. C. N. *et al.*, 2022).

#### **9.4. Etapa 2c da Fase 1 do diagnóstico situacional: estudo piloto/pré-teste do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência**

Essa etapa teve como objetivo caracterizar, através do estudo piloto, o preparo profissional, as necessidades formativas e o potencial de engajamento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no manejo da violência, a partir de um instrumento previamente qualificado quanto à clareza, validade operacional e coerência conceitual. Os resultados obtidos, apresentados no item 2.4, derivam desse processo metodológico e refletem de forma consistente as percepções, experiências e práticas dos participantes, constituindo a base empírica para a construção dos índices sintéticos e para a análise interpretativa desenvolvida nos capítulos subsequentes.

Os achados revelam que a maioria dos profissionais reconhece a importância da identificação precoce dos sinais (93,8%) e também tem domínio sobre os tipos de violência que são obrigatoriamente notificáveis, com a violência física, psicológica e sexual. No entanto, formas que são menos discutidas, com a negligência e as violências autoprovocada e patrimonial foram menos mencionadas, sinalizando assim, que existem áreas com conhecimentos parciais. Para além disso, todos os profissionais reconhecem de forma adequada os sinais físicos e psicológicos das vítimas, evidenciando que os mesmos tem uma capacidade de percepção para sinais de violência desenvolvida. Apesar disso, as respostas que levam em conta a confidencialidade foram ambíguas: mais da metade acredita que o sigilo “depende da situação” (56,3%), enquanto uma parcela significativa (37,5%) acredita que a confidencialidade deve ser mantida em qualquer caso. Esses dados indicam uma necessidade de aprofundamento em relação aos aspectos éticos e legais do dever de sigilo versus obrigação de notificação.

Em relação a legislações, a Lei Maria da Penha é bem conhecida (75%), mas há menor familiaridade com legislações específicas sobre notificação compulsória, como o ECA ou a Lei nº 10.778/2003. Além disso, cerca de 1 em cada 3 profissionais desconhece as consequências legais da omissão de notificação, sendo esse um dado preocupante no que se refere à segurança jurídica da prática.

As barreiras demonstradas em relação a denúncias referem-se principalmente ao medo de possíveis represálias, além da falta de apoio institucional, desconhecimento sobre fluxos e dúvidas sobre a atribuição de responsabilidades pelas notificações. Por fim, é encorajador que a maioria compreenda a importância de uma abordagem empática e sigilosa na entrevista com a vítima (93,8%), indicando uma sensibilidade ética dos mesmos na escuta (TABELA 5).

**Tabela 5** – Descrição do pré-teste em relação aos conhecimentos e procedimentos na APS em relação à violência.

PERGUNTA		F	%
Importância de identificar sinais de violência	Alta	15	93,8
	Moderada	1	6,2
Tipos de violência devem ser obrigatoriamente notificados ( <i>múltipla escolha</i> )	Física	16	100,0
	Psicológica	14	87,5
	Sexual	13	81,3
	Patrimonial	9	56,3
	Negligência, autoprovocada, outras	3	18,8
	clínica	16	100,0
Sinais de violência física ( <i>múltipla escolha</i> )	Contusões, fraturas, dor sem causa	16	100,0
Sinais de violência psicológica ( <i>múltipla escolha</i> )	Isolamento, ansiedade, tristeza, suicídio	16	100,0
A confidencialidade deve ser mantida em casos de suspeita	Depende da situação	9	56,3
	Sim, sempre	6	37,5
	Não	1	6,2
Legislação que rege a notificação obrigatória ( <i>múltipla escolha</i> )	Lei Maria da Penha	12	75,0
	ECA / Lei 10.778	6	37,5
	Não sabe / Nenhuma	2	12,5
Consequências ao profissional por não notificar	Advertência, responsabilização	11	68,8
	Desconhecimento das consequências	5	31,2
Barreiras à denúncia ( <i>múltipla escolha</i> )	Medo de retaliação	5	31,3
	Falta de apoio institucional	4	25,0
	Desconhecimento sobre fluxos	3	18,7
	Insegurança sobre o papel do profissional	3	18,7
	Ambiente reservado, escuta acolhedora	15	93,8
	Não sabe / Não respondeu	1	6,2

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Os dados coletados demonstram que, diante de casos suspeitos de violência, a maioria dos respondentes (56,3%) reconhece que a notificação via SINAN como o primeiro passo mais apropriado, enquanto outros optaram pelo encaminhamento à rede de apoio (25%) ou pela comunicação com a chefia (18,7%). Essas respostas refletem um conhecimento ao menos básico sobre os protocolos, mas também destaca que há uma variância nas condutas iniciais, podendo assim indicar uma ausência de fluxogramas claros no serviço. Olhando para o conhecimento sobre canais de denúncia, foi encontrada uma boa familiaridade com o Disque

100 e disque 180 (87,5%), conselhos tutelares (62,5%) e delegacias especializadas (56,3%). No entanto há um buraco no conhecimento em relação às estruturas como o Ministério Público ou o CRAS (25%). Em relações à procedimentos específicos levando em conta o perfil da vítima, a maioria relatou conhecer os encaminhamentos para crianças (87,5%), mulheres (81,3%) e idosos (75%). No entanto grupos mais vulnerabilizados como a população em situação de rua ou a comunidade LGBTQIAP+, receberam apenas 18,7% e 25% de citações respectivamente. Indicando uma necessidade de uma formação com enfoque em atenção às minorias.

Metade dos respondentes sinalizou já ter utilizado o SINAN, enquanto a outra metade nunca o tinha utilizado, revelando assim uma heterogeneidade no acesso e capacitação na APS. Mesmo dentre os respondentes com experiência com o SINAN houve a menção da falta de treinamento como a principal dificuldade por 66,7% dos profissionais. Outros problemas que foram mencionados incluem: interface confusa, instabilidade técnica e ausência de orientação sobre os fluxos. Resumindo, a ferramenta é percebida como útil, no entanto difícil de se utilizar, assim impactando diretamente a frequência e a qualidade das notificações. Em relação às redes de apoio às vítimas, 62,5% dos respondentes afirmaram conhecer os serviços locais, e desses 62,5% apenas metade se sente efetivamente pronto para orientar os usuários em relação à utilização desse recurso. A avaliação geral da capacidade para lidar com casos de violência está dividida majoritariamente entre “boa” (43,8%) e “regular” (43,8%), com os respondentes restantes reconhecendo graves limitações, indicando um sentimento de insegurança em parte da equipe (TABELA 6).

**Tabela 6** – Descrição do pré-teste em relação procedimentos, conhecimento de canais e uso do SINAN na APS.

PERGUNTA		F	%
Primeiro passo em caso de suspeita de violência	Notificar via SINAN	9	56,3
	Encaminhar à rede de apoio	4	25,0
	Comunicar à chefia ou equipe	3	18,7
Canais disponíveis para denúncia ( <i>múltipla escolha</i> )	Disque 100 / Disque 180	14	87,5
	Conselho Tutelar	10	62,5
	Delegacia da Mulher / Polícia Civil	9	56,3
	Ministério Público / CRAS	4	25,0
	Não soube informar	1	6,2
Procedimentos por perfil da vítima ( <i>múltipla escolha</i> )	Criança / adolescente	14	87,5
	Mulher	13	81,3
	Idoso	12	75,0
	Pessoa com deficiência	9	56,3
	População LGBTQIA+	4	25,0
	Situação de rua	3	18,7
Utilizou o SINAN	Sim	9	56,3
	Não	7	43,7
Opinião sobre SINAN	Necessário, mas pouco acessível	6	37,5
	Útil, mas requer capacitação	6	37,5
	Funcional e suficiente	3	18,8
	Difícil de usar ou desconhecido	1	6,2
Dificuldades no uso do SINAN (entre usuários) ( <i>múltipla escolha</i> )	Falta de treinamento	6	66,7*
	Interface confusa / técnica	4	44,4*
	Instabilidade no sistema	3	33,3*
	Falta de orientação / fluxograma	3	33,3*
Conhece redes de apoio às vítimas na região	Sim	10	62,5
	Não	6	37,5
Se sente preparado(a) para orientar vítimas sobre serviços de apoio	Sim	8	50,0
	Parcialmente	5	31,3
	Não	3	18,7
Autoavaliação da capacidade atual de lidar com casos de violência	Boa	7	43,8
	Regular	7	43,8
	Fraca	2	12,4

**Nota:** \* Percentual relativo ao total de 9 usuários do SINAN

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Os dados coletados demonstram que os profissionais da APS já estão com o uso de ferramentas digitais de comunicação como o WhatsApp (87,5%) e o YouTube (62,5%) imersos no seu dia a dia, indicando que há uma boa familiaridade com o ambiente digital. No entanto plataformas mais específicas como o AVASUS, a Telessaúde e podcasts, ainda são pouco exploradas, aparecendo entre 25% e 37,5% das respostas, evidenciando um espaço em potencial para a ampliação do uso dessas ferramentas com fins educativos.

Metade dos profissionais relataram já utilizar recursos digitais para se atualizar sobre violência, enquanto outros 31,3% ainda não o fazem, mas demonstram interesse. Esse dado demonstra uma demanda clara por conteúdos que sejam acessíveis e orientados para a prática desse profissional, especialmente em temas sensíveis e sempre recorrentes como a violência.

18,7% disseram não utilizar nem desejar utilizá-las, o que representa um grupo pequeno, mas que pode demandar abordagens personalizadas. Ao pedir por indicações de ferramentas eficazes, os profissionais valorizaram vídeos explicativos (62,5%), webinários (50%) e, em menor escala, simuladores e podcasts. Essas respostas abertas apontaram que a eficácia de uma ferramenta está diretamente ligada à linguagem clara, objetividade, compatibilidade com celular e possibilidade de acesso offline, reforçando que a forma é tão importante quanto o conteúdo para o público da APS.

Para além disso, muitos profissionais expressaram ter o desejo de aprender a utilizar plataformas e sistemas institucionais como o AVASUS, o e-SUS e o e-Notifica, demonstrando que há interesse, mas também existem barreiras a serem superadas. A maioria dos respondentes apontou como requisitos essenciais para ferramentas eficazes a interface simples, acessibilidade em dispositivos móveis, validação institucional e linguagem acessível, ou seja, recursos que permitam autonomia e segurança no uso, mesmo com infraestrutura limitada (TABELA 7).

**Tabela 7** – Descrição do pré-teste em relação uso e percepções sobre ferramentas digitais na APS para enfrentamento da violência.

PERGUNTA	F	%	
Ferramentas digitais que utiliza com frequência ( <i>múltipla escolha</i> )	WhatsApp	14	87,5
	YouTube	10	62,5
	Redes sociais (Instagram, Facebook)	8	50,0
	Sites institucionais (MS, OPAS, Fiocruz)	5	31,3
	Podcasts	4	25,0
	Plataformas de cursos (AVASUS, Telessaúde)	6	37,5
Utiliza ferramentas digitais para se atualizar sobre violência	Sim	8	50,0
	Ainda não, mas gostaria	5	31,3
	Não	3	18,7
Ferramentas digitais consideradas mais eficazes ( <i>múltipla escolha</i> )	Vídeos explicativos (ex: YouTube, AVASUS)	10	62,5
	Webinários com especialistas	8	50,0
	Podcasts	5	31,3
	Simuladores ou jogos educativos	5	31,3
	Aplicativos de apoio / protocolo	4	25,0
	O que torna uma ferramenta mais eficaz ( <i>resposta aberta – categorias</i> )	Linguagem clara e objetiva	9
	Conteúdo prático e aplicável à rotina	8	50,0
	Acesso offline e compatibilidade com celular	5	31,3
	Interatividade / simulação de casos	4	25,0
Ferramentas que gostaria de aprender a usar ( <i>resposta aberta – agrupamento</i> )	Plataforma AVASUS ou Telessaúde	5	31,3
	Aplicativos institucionais (e-SUS, e-notifica)	4	25,0
	Podcasts e ferramentas de áudio	3	18,7
	Elementos essenciais para uma ferramenta ser acessível e eficaz ( <i>categorias qualitativas</i> )	Interface simples / fácil de usar	10
	Estar disponível no celular / modo offline	7	43,8
	Ser validada por instituições de saúde	6	37,5
	Abordar conteúdos em linguagem não técnica	5	31,3

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Os resultados demonstram que a maioria dos profissionais da APS avalia a sua eficácia no manejo de casos de violência como moderada (56,3%), enquanto 31,3% consideram uma

eficácia alta e 12,4% relatam uma baixa eficácia. Esses resultados indicam uma consciência realista desses profissionais em relação às suas próprias capacidades, provavelmente estando associada às vivências práticas e à ausência de uma formação formal contínua. Dos respondentes, 93,8% demonstraram interesse e disposição em participar de capacitações sobre o tema, apenas um profissional expressou dúvida (6,2%) e nenhum se opôs. Esse dado reforça que estes profissionais tem uma receptividade alta em relação aos processos de educação permanente na temática de violência.

A análise dos comentários de natureza qualitativa demonstrou valiosas contribuições: alguns profissionais relataram experiências com casos reais de violência, sugerindo que o acolhimento e o vínculo estabelecido com o usuário são fatores críticos para o manejo adequado. Outros profissionais solicitaram por materiais objetivos, visuais e simples, como por exemplo vídeos curtos e fluxogramas. Outro elemento citado foi a falta de suporte institucional pós-notificação, o que acaba por gerar insegurança e sensação de isolamento. Por fim, destacou-se também a ausência de formações iniciais sobre o tema, o que demonstra que os conteúdos de violência ainda não são abordados de uma maneira efetiva em curso técnicos ou superiores de saúde. Esses elementos qualitativos reforçam que, embora haja um claro engajamento e sensibilidade entre os profissionais, a ausência de apoio sistemático e de formação estruturada compromete a consolidação de práticas efetivas de enfrentamento da violência na APS. As sugestões indicam que o aprimoramento das ferramentas de formação deve se aliar à construção de um ambiente institucional seguro e colaborativo (TABELA 8).

**Tabela 8** – Descrição do pré-teste em relação autoavaliação, interesse em capacitação e sugestões finais.

PERGUNTA		F	%
Como avalia auto- eficácia no manejo de casos de violência	Alta	5	31,3
	Moderada	9	56,3
	Baixa	2	12,4
Tem interesse em participar de capacitações futuras sobre o tema	Sim	15	93,8
	Talvez	1	6,2
	Não	0	0,0
Comentários e sugestões ( <i>análise qualitativa</i> )	Compartilhar experiências práticas	4	25,0
	Solicitação por materiais simples e visuais	5	31,3
	Solicitação de apoio institucional contínuo	3	18,7
	Enfatizam falta de formação anterior	3	18,7
	Não deixou comentários	6	37,5

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

As respostas abertas que foram fornecidas pelos respondentes revelam uma articulação complexa entre o conhecimento, a prática, as emoções e as demandas institucionais,

demonstrando a posição única que os mesmos ocupam no enfrentamento à violência nos seus territórios. Levando em conta o contexto deste estudo, que é voltado para o desenvolvimento de uma ferramenta educativa e comunicacional fundamentada no marketing social, estes dados qualitativos são essenciais para orientar o desenho da proposta, para assim assegurar sua aceitabilidade, utilidade e aplicabilidade real.

Muitos profissionais relataram experiências marcantes com casos de violência, casos esses que frequentemente eram associados a um sentimento de impotência, medo e sobrecarga emocional. Relatos como “já vivi situações difíceis e sem saber como agir” ou “não temos respaldo ao denunciar” demonstram que a violência é uma realidade cotidiana para esses profissionais, e para além disso, a mesma é pouco enfrentada num ponto de vista formativo e institucional. A crítica à ausência de conteúdos relacionados à violência na formação desses profissionais reforça essa lacuna. Os dados coletados demonstram um público alvo que reconhece a importância do tema e que tem uma vivência direta com o mesmo, no entanto não se sente devidamente preparado para atuar com segurança. Olhando pela ótica do marketing social, o público se encontra na fase de pré-disposição à mudança de comportamento, assim se demonstrando altamente aberto a estratégias educativas, desde que as mesmas sejam adequadas à sua realidade.

A análise das respostas sobre “o que torna uma ferramenta eficaz” e “o que é essencial para ser acessível” aponta para um conjunto de critérios: linguagem clara e objetiva; interface simples e visual; compatibilidade com celular e acesso offline e reconhecimento institucional (Ministério da Saúde, Fiocruz, etc.). Esses critérios indicam que para esse público, uma ferramenta ideal deve combinar funcionalidade técnica com legitimidade simbólica e comunicacional. O marketing social ao se focar no comportamento do público, indica que materiais informativos só são eficazes quando estão adaptados à linguagem, contexto e meios preferidos do seu público. Nesse contexto, a escuta ativa dos profissionais é alinhado com o princípio da “troca percebida” do marketing social, que sugere que os profissionais estarão mais dispostos a adotar práticas recomendadas se perceberem que recebem, em troca, algo útil, prático e aplicável.

Os respondentes apontaram como meios preferidos os vídeos curtos, webinários, simuladores, e podcasts, destacando também o desejo de aprender a utilizar plataformas como AVASUS, e-notifica e Telessaúde. Isso revela um perfil de profissional que deseja aprender,

mas enfrenta barreiras tecnológicas e pedagógicas para acessar as ferramentas atualmente disponíveis.

Para além das barreiras pessoais, as restrições de infraestrutura em alguns territórios se demonstraram presentes: “se não funcionar no celular ou offline, não ajuda muito” foi uma frase representativa. Percepções como essa demonstram a necessidade da ferramenta a ser desenvolvida ser leve em consideração a desigualdade de conectividade, a carga horária intensa e a diversidade de níveis de letramento digital dos usuários. Essa atitude se alinha diretamente com a abordagem do marketing social, que orienta o uso de segmentação de público e estratégias comunicacionais específicas para aumentar o engajamento. Um aspecto que foi recorrente nas falas foi a percepção de falta de apoio institucional após a notificação. A ausência de protocolos claros, suporte gera sentimentos de exposição e insegurança. Comentários como “denunciei, mas fiquei sozinha depois” ou “a chefia não orienta” mostram que a ferramenta não deve apenas informar, mas também empoderar os profissionais a agir com respaldo (QUADRO 23).

**Quadro 23** - Análise qualitativa das respostas abertas sobre ferramentas e manejo da violência na APS.

<b>Eixo Temático</b>	<b>Categoria Codificada</b>	<b>Fa</b>	<b>Exemplos de Citações</b>	<b>Interpretação / Relevância</b>
Elementos essenciais para ferramentas eficazes	Linguagem clara e acessível	9	<i>“Precisa ser sem termos difíceis”, “Tem que falar nossa língua”</i>	Mostra a necessidade de adaptação da linguagem técnica ao cotidiano dos profissionais da APS.
	Compatibilidade com celular / acesso offline	7	<i>“Que funcione no celular”, “Se não funcionar sem internet, não ajuda muito”</i>	Indica restrições tecnológicas em alguns territórios e reforça a demanda por portabilidade.
	Ser validadas por instituições de saúde confiáveis	6	<i>“Quero saber se é oficial, tipo do Ministério da Saúde”, “Tem que ser de fonte segura”</i>	Demonstra valorização de materiais legitimados institucionalmente.
	Interface amigável / visual intuitivo	5	<i>“Não pode ser difícil de mexer”, “Com muita opção atrapalha”</i>	Enfatiza a importância da usabilidade e da experiência do usuário.
Ferramentas que gostariam de aprender a usar	Plataformas como AVASUS ou Telessaúde	5	<i>“Quero aprender a usar o AVASUS”, “Não sei como entrar no Telessaúde”</i>	Reforça o interesse em educação a distância, mas também a existência de barreiras de acesso.
	Sistemas institucionais (e-SUS, e-notifica)	4	<i>“Nunca aprendi direito a usar o e-notifica”, “Não sei como se preenche no e-SUS”</i>	Aponta lacunas na capacitação para uso de sistemas que fazem parte do fluxo de notificação.
	Ferramentas de áudio (podcasts, rádios, etc.)	3	<i>“Acho que podcast seria bom pra escutar indo pro trabalho”</i>	Mostra interesse por ferramentas mais flexíveis e que se integrem à rotina do trabalhador.
Sugestões e Comentários Finais	Compartilhamento de experiências práticas	4	<i>“Já vivi situações difíceis e sem saber como agir”, “Casos muito pesados, a gente fica sem apoio”</i>	Revela carga emocional do trabalho e ausência de suporte técnico e emocional.
	Solicitação de materiais simples e visuais	5	<i>“Seria bom se tivesse vídeos rápidos”, “Material que a gente consiga usar no dia a dia”</i>	Indica preferência por conteúdos acessíveis, compatíveis com a rotina da APS.
	Crítica à falta de formação inicial	3	<i>“Nunca tive aula sobre isso na graduação”, “Aprendemos mais na prática do que na faculdade”</i>	Aponta lacunas curriculares e reforça a necessidade de formação técnica formal sobre o tema.
	Pedido por apoio institucional	3	<i>“Não temos respaldo ao denunciar”, “Falta orientação depois da notificação”</i>	Reforça a importância do suporte da gestão e de protocolos pós-notificação.

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Levando essas informações em conta, uma ferramenta educativa voltada para a mitigação da violência no contexto da APS, precisa combinar fatores como: conteúdo técnico, orientações práticas e uma valorização do papel do profissional. Assim, promovendo um senso de pertencimento, proteção e reconhecimento, que são valores centrais do marketing social.

Os dados qualitativos demonstram que os profissionais da APS não apenas desejam, mas também necessitam de ferramentas que sejam tecnicamente consistentes, comunicacionalmente adequadas e operacionalmente viáveis. Esses elementos devem ser incorporados à construção da ferramenta IEC proposta, que deve: Ser validada institucionalmente (ganho simbólico); ser adaptada à linguagem e realidade dos profissionais (acessibilidade comunicacional); estar disponível em formatos multimídia e de fácil acesso (portabilidade tecnológica) e ser construída com base na escuta e no envolvimento do público (participação social).

Levando em conta esses pontos, para além de reforçar uma estratégia educativa, os princípios do marketing social oferecem um caminho ético e eficaz para promover mudanças nos comportamentos, reconhecendo que os profissionais são também sujeitos com histórias, desafios e potências. Apesar de apresentar achados relevantes e metodologicamente consistentes, este estudo possui algumas limitações que devem ser reconhecidas, tanto para interpretação adequada dos resultados quanto para orientar futuras investigações e aplicações práticas da ferramenta proposta.

Uma das principais limitações refere-se ao tamanho e composição da amostra. A amostra foi composta por 16 participantes, número considerado suficiente para a fase inicial de validação qualitativo-quantitativa, mas que não permite generalizações estatísticas para o conjunto dos profissionais da rede. Além disso, é importante considerar que os respondentes foram, em sua maioria, profissionais voluntários e engajados com o tema, o que pode ter gerado viés de seleção. Isso porque trabalhadores com menor acesso digital, menor familiaridade com tecnologias ou menor envolvimento com a pauta da violência podem não ter se sentido motivados a participar do processo, o que limita a representatividade dos dados coletados.

Outra limitação diz respeito à autodeclaração das respostas, especialmente no que tange à avaliação de conhecimentos, experiências prévias e sentimentos subjetivos em relação à notificação e ao uso de ferramentas digitais. Embora a autopercepção seja um dado valioso e central para o marketing social, ela pode não refletir as práticas cotidianas ou o domínio técnico real de forma concisa, especialmente quando há insegurança ou desconhecimento por parte do respondente.

Também se deve considerar o alcance limitado da abordagem regional: a maioria dos profissionais atuava em contextos urbanos ou periurbanos. Assim sendo, realidades rurais, indígenas, quilombolas e de territórios com alta vulnerabilidade social podem não ter sido

plenamente contempladas, o que reforça a importância de testar e adaptar a ferramenta a diferentes perfis territoriais e culturais.

Por fim, é importante destacar que a aplicação do questionário foi realizada em formato digital e autônomo, o que pode ter influenciado tanto o tempo de resposta quanto o nível de compreensão de alguns itens, especialmente aqueles com linguagem mais técnica. Em função disso, futuras versões da ferramenta e novas rodadas de validação devem considerar a mediação pedagógica e/ou tecnológica como elemento facilitador para ampliar a acessibilidade e a equidade do processo. Mesmo com essas limitações, os dados obtidos revelam percepções profundas, demandas claras e sugestões consistentes por parte dos profissionais da APS, o que justifica e fundamenta o desenvolvimento de uma ferramenta educativa que vá ao encontro de suas necessidades reais.

#### **9.4.1. Discussão do estudo piloto/pré-teste do questionário Vozes da Atenção Primária na Detecção e no Manejo da Violência e ajustes realizados**

O pré teste do instrumento foi uma etapa de extrema importância para o refinamento do questionário, pois possibilitou a identificação de ajustes necessários identificados a partir da experiência concreta dos profissionais da APS. De uma maneira diferente à validação do conteúdo, que tem o foco na coerência teórica dos itens, o pré-teste permite a avaliação da funcionalidade do questionário em condições reais de aplicação, aspecto que é reconhecido como essencial nos estudos metodológicos em Saúde Coletiva (Marconi and Lakatos, 2003; Appolinário, 2006).

Os resultados do pré-teste indicaram uma adequada compreensão global dos itens, especialmente aos que são relacionados à identificação de situações de violência, aos fluxos institucionais e à notificação compulsória. No entanto, ainda foram identificadas ambiguidades pontuais em perguntas que envolviam autopercepção de conhecimento e capacidade prática para lidar com casos de violência. Em resposta a esse achado, procedeu-se à reformulação semântica dos itens apontados, com substituição de termos genéricos por expressões que fossem mais objetivas e contextualizadas à rotina da APS, assim buscando a redução de interpretações subjetivas excessivas e aumentar a consistência das respostas. Este ajuste dialoga com achados de que profissionais da APS tendem a apresentar dificuldades na autoavaliação de competências frente à violência, especialmente quando as opções não estão claramente ancorados em situações práticas (Porto *et al.*, 2014; Leite and Fontanella, 2019).

Outro resultado do pré-teste foi a identificação de dúvidas em relação à escala de respostas em alguns blocos do questionário, particularmente aqueles em que se utilizavam escores numéricos. Com estes retornos foram inseridas instruções explicativas e breves exemplos nos enunciados, com o objetivo de padronizar o entendimento dos respondentes. Estes ajustes são apontados na literatura como fundamentais para minimizar vieses de mensuração e garantir uma maior confiabilidade dos dados quantitativos (Appolinário, 2006; Vila and Vila, 2007).

O pré-teste também contribuiu nos ajustes na ordem e organização dos blocos temáticos. Observou-se que a disposição original de algumas perguntas exigia esforço cognitivo elevado logo no início do preenchimento, ação esta que poderia comprometer o engajamento dos participantes. Em decorrência disto, optou-se por reorganizar o questionário, iniciando com perguntas mais objetivas e factuais, com ligação à prática cotidiana, deixando os itens de autorreflexão para posteriormente. Essa reorganização está de acordo com abordagens pedagógicas e comunicacionais que valorizam a progressão gradual da complexidade, favorecendo a adesão dos respondentes (Freire, 2014; Ferreira, 2015).

Em relação ao tempo de aplicação, o pré-teste confirmou a viabilidade do instrumento, não se mostrando necessárias reduções no número de itens. No entanto, alguns pequenos ajustes na escrita foram realizados para que as perguntas se tornassem mais diretas e objetivas, sem que houvesse nenhum prejuízo no conteúdo analítico. Essa decisão levou em consideração o contexto de sobrecarga da APS, e conseqüentemente a necessidade de instrumentos mais concisos e capazes de captar informações sem comprometer a rotina dos profissionais (Oliveira and Pereira, 2013; Geremia, 2020).

As dimensões relacionadas à atratividade e uso de ferramentas digitais pelos profissionais também tiveram mudanças após os resultados do pré teste. As respostas indicaram heterogeneidade na familiaridade dos profissionais com recursos digitais, levando assim ao aperfeiçoamento dos itens descritivos, evitando pressuposição de conhecimento prévio homogêneo sobre aplicativos ou tecnologias educacionais. Este ajuste resulta no reforço da necessidade de instrumentos sensíveis às desigualdades de conhecimento digital no campo da saúde, conforme amplamente discutido na literatura de saúde digital e tecnologias de informação (Boudreaux *et al.*, 2014; Vasconcellos-Silva *et al.*, 2017; Eisenhut *et al.*, 2020).

Finalizando, o pré teste revelou a importância de garantir que o questionário fosse percebido não como um mecanismo avaliativo ou fiscalizador, mas sim como um instrumento

de diagnóstico e aprimoramento da prática. Diante desta realidade, ajustes foram realizados no texto de apresentação do instrumento, reforçando seu caráter institucional e formativo, o que está de acordo com abordagens humanizadas no cuidado e na pesquisa em violência (Zanello, 2020; Gonsalves and Schraiber, 2021).

Dessa forma, esta etapa resultou em um questionário mais robusto tecnicamente, mais claro semanticamente e mais adequado operacionalmente para o contexto da APS. Os ajustes que foram realizados a partir do pré-teste foram responsáveis por fortalecer a validade do instrumento e ampliação do seu potencial como além de uma ferramenta de coleta de dados, mas também como dispositivo indutor de reflexão crítica, assim contribuindo para novas ações de educação permanente e novas tecnologias no SUS (Paim, 2003; Oms, 2014; Oliveira, D. C. N. *et al.*, 2022).

#### **9.5. Estudo transversal e construção do Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS)**

A amostra foi composta por 79 profissionais da APS), predominantemente do sexo feminino (79,7%), na faixa etária de 45–54 anos (40,5%), seguida por 35–44 anos (27,8%). Quanto ao nível de formação, observou-se que 58,2% possuíam ensino médio, enquanto 41,8% tinham formação superior. Em relação à profissão, o grupo mais numeroso foi o de Agentes Comunitários de Saúde (44,3%), seguido por cirurgiões-dentistas (13,9%), enfermeiros (12,7%) e técnicos de enfermagem (8,9%). Outras categorias tiveram menor representatividade, como médicos (6,3%), auxiliares de saúde bucal (5,1%), gestores (3,8%) e demais profissionais. A maioria (64,6%) atuavam há mais de 10 anos e apenas 3,8% relataram menos de um ano de trabalho na APS (TABELA 09).

**Tabela 9** - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes do estudo. Fortaleza/CE, 2025.

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS</b>	<b>Fa</b>	<b>F%</b>
Sexo	79	
Feminino	63	79,7
Masculino	16	20,3
Faixa etária (anos)	79	
Menos de 25 anos	3	3,8
25–34 anos	10	12,7
35–44 anos	22	27,8
45–54 anos	32	40,5
55 anos ou mais	12	15,2
Nível de formação	79	
Médio	46	58,2
Superior	33	41,8
Profissão	79	
Agente Comunitário de Saúde	35	44,3
Auxiliar em saúde bucal	4	5,1
Cirurgião-dentista	11	13,9
Enfermeiro(a)	10	12,7
Farmacêutico	2	2,5
Fisioterapeuta	1	1,3
Gestora	3	3,8
Médico(a)	5	6,3
Nutricionista	1	1,3
Técnico(a) de Enfermagem	7	8,9
Tempo e atuação na APS (anos)	79	
Menos de 1 ano	3	3,8
1–3 anos	5	6,3
4–6 anos	12	15,2
7–10 anos	8	10,1
Mais de 10 anos	51	64,6

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Apenas 27,8% dos profissionais relataram ter participado de capacitação específica sobre identificação e notificação de violências. Entre os capacitados, predominou a carga horária inferior a 5 horas (50%), sugerindo ações formativas pontuais e de curta duração. Outros 29,1% participaram de oficinas, cursos ou palestras adicionais, e somente 25,3% afirmaram receber algum tipo de apoio institucional para lidar com casos de violência.

Quase metade (48,1%) relatou já ter precisado registrar ou encaminhar casos de violência envolvendo usuários. Além disso, há uma percepção muito elevada da importância do tema: 88,6% consideram alta a importância de identificar casos de violência durante o atendimento. Foram identificadas múltiplas barreiras, sendo que 40,5% relataram quatro barreiras simultâneas, enquanto apenas 15,2% citaram uma. Embora medo de retaliação apareça como o motivo isolado mais frequente (8,9%), os dados demonstram que, na maior parte dos casos, as barreiras não ocorrem de forma isolada, mas combinadas. A combinação mais

prevalente foi medo de retaliação associado à falta de conhecimento sobre fluxos, falta de apoio institucional e burocracia/tempo insuficiente, apontada por 40,5% dos participantes. Outras combinações relevantes envolveram: medo de retaliação + falta de apoio institucional (12,7%); medo de retaliação + falta de conhecimento sobre os fluxos (7,6%); medo de retaliação + falta de apoio institucional + burocracia/tempo insuficiente (7,6%). Somando todos os agrupamentos, o medo de retaliação aparece como elemento em 87,3% das combinações relacionadas (DADOS NÃO MOSTRADOS EM TABELA, TABELA 10).

**Tabela 10** - Formação, apoio institucional e experiência prévia dos profissionais da APS sobre identificação e notificação de violências. Fortaleza/CE, 2025.

<b>FORMAÇÃO, APOIO INSTITUCIONAL E EXPERIÊNCIA</b>	<b>FA</b>	<b>F%</b>
<b>Formação e apoio institucional</b>		
Participou de capacitação no tema <sup>·&amp;</sup>	22	27,8
Duração da capacitação mais relevante	22	
Menos de 5 horas	11	50,0
Entre 5 e 10 horas	6	27,3
Mais de 10 horas	5	22,7
Teve outro tipo de formação*	23	29,1
Informa apoio institucional para lidar com tema**	20	25,3
<b>Experiência anterior e percepção</b>		
Precisou registrar/encaminhar caso de violência **	38	48,1
Importância de identificar violência no atendimento	79	
Alta	70	88,6
Moderada	8	10,1
Nenhuma	1	1,3
No. de barreiras à notificação	78	
1	12	15,2
2	19	24,1
3	15	19,0
4	32	40,5

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Mais da metade da amostra (55,7%) identificou quatro ou mais tipos de violência, porém 19% identificaram apenas 1 ou 2. De modo semelhante, mais da metade (51,9%) reconheceram apenas um sinal violência física e 45,6% reconheceram dois ou mais. Os dados revelam que a maior parte dos profissionais reconhece múltiplos tipos de violência ocorrendo simultaneamente. A combinação mais frequente foi a de violência física, psicológica, sexual e patrimonial, citada por 49,4% dos respondentes. Outra combinação de alta prevalência incluía violência física, psicológica e sexual (22,8%). Casos mais complexos, com múltiplas formas de violência associadas a negligência, maus-tratos, racismo, assédio moral ou auto provocação, apareceram em frequências menores (1,3% cada). Apenas um pequeno grupo relatou reconhecer exclusivamente um tipo de violência — por exemplo, somente violência física (5,1%) ou somente (1,3%) violência sexual (DADOS NÃO MOSTRADOS EM TABELA).

A maior parte dos profissionais relatou reconhecer pelo menos algum sinal físico de violência: 51,9% identificam um único sinal, enquanto 45,6% reconhecem dois ou mais sinais. Entretanto, os dados não mostrados em tabela aprofundam esse cenário ao detalhar especificamente quais combinações de sinais físicos foram percebidas no cotidiano de trabalho. O conjunto mais frequente envolveu a identificação de contusões, fraturas e queimaduras, citado por 46,8% dos profissionais. Outros 40,5% relataram sinais físicos combinados a dor recorrente sem causa clínica, ampliando a percepção clínica para manifestações não necessariamente visíveis, mas persistentes e consideradas suspeitas. Além disso, alguns profissionais mencionaram apenas relato de dor recorrente sem causa clínica como sinal isolado (3,8%), enquanto 2,5% não souberam especificar sinais.

Em relação aos sinais de violência psicológica, o nível de conhecimento se mostrou maior, 79,7% reconheceram dois ou mais sinais. Entre os sinais relatados como potencialmente apresentados pelos usuários vítimas de violência, predominam manifestações psíquicas, sobretudo a coexistência entre isolamento social e ansiedade ou depressão, identificada por 68,4% dos profissionais. Apenas isolamento social foi apontado por 5,1%, e somente ansiedade/depressão por 12,7%. Outros relatos, menos frequentes, porém importantes, incluíram sinais combinados com manifestações como medo constante, introspecção, exacerbação comportamental, baixa autoestima, choro imotivado, culpa ou tristeza profunda (ocorrências de 1,3% cada). Em casos mais graves, foram mencionados sinais como automutilação, ideação suicida, redução da produtividade e comportamentos disfuncionais, também em proporções reduzidas, mas clinicamente significativas (DADOS NÃO MOSTRADOS EM TABELA).

A grande maioria (92,4%) afirmou que a entrevista na abordagem a uma vítima de violência deve ocorrer com empatia, privacidade e escuta qualificada. Sobre confidencialidade, 41,8% defendem sigilo absoluto, enquanto 49,4% entendem que depende da situação. O conhecimento das legislações relacionadas ao tema é fragmentado: sendo a Lei Maria da Penha é a mais conhecida (36,7%) seguida da Lei nº 10.778/2003 (violência contra mulheres) com 16,5%. Mais de 1/3 (34,2%) informam não saber informar nenhuma legislação sobre tema. Em relação as consequências da não notificação, as respostas indicam percepções variadas, sendo a advertência (34,2%) e as sanções legais (multa/prisão-36,7%) as mais prevalentes. Contudo, 21,5% declaram que não há consequências (TABELA 11).

**Tabela 11** - Conhecimento dos profissionais da APS sobre identificação e notificação de violências. Fortaleza/CE, 2025.

CONHECIMENTOS	Fa	F%
<b>Conhecimento prévio</b>		
Reconhece tipos de violência devem ser notificados	79	
1	6	7,6
2	9	11,4
3	20	25,3
4 +	44	55,7
No. de sinais de violência física que reconhece	79	
0	2	2,5
1	41	51,9
2 +	36	45,6
No. de sinais de violência psicológica que reconhece	79	
0	1	1,3
1	15	19,0
2 +	63	79,7
Como deve ser a entrevista com vítima	79	
Com a presença de outros profissionais	4	5,1
Com empatia, privacidade e escuta qualificada	73	92,4
De forma direta e breve	1	1,3
Não sei especificar	1	1,3
Considera que a confidencialidade deve ser mantida	79	
Sim, sempre	33	41,8
Depende da situação	39	49,4
Não	7	8,9
Conhece legislação relacionada ao tema		
Código Penal	7	8,9
ECA	3	3,8
Lei Maria da Penha	29	36,7
Lei nº 10.778/2003	13	16,5
Não sei informar	27	34,2
Conhece consequências para não notificação	79	
Advertência	27	34,2
Não há consequências	17	21,5
Não sei especificar	2	2,6
Perda de vínculo empregatício	4	5,1
Sanções legais (multa/prisão)	29	36,7

**Nota:** & capacitação sobre identificação e notificação de casos de violência. \*Oficina, curso ou palestras; \*\* situações de violência envolvendo usuários.

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Quando questionados sobre o primeiro passo diante de uma situação suspeita de violência, a grande maioria (89,9%) respondeu que registra no prontuário e comunica os órgãos responsáveis, conforme preconizado pelos protocolos assistenciais. Apenas 8,9% relatam comunicar somente à chefia imediata. Em relação ao conhecimento sobre canais institucionais de denúncia, a delegacia é a mais conhecida com 86,1%; seguida do Disque 100, por 77,2% e Conselho Tutelar, por 72,2%. Quase 1/3 conhece aplicativos oficiais sobre a questão da notificação da violência (29,1%). Contudo dados não apresentados na tabela revelam que há conhecimento amplo, porém fragmentado, dos canais de denúncia disponíveis. A combinação

mais citada foi disque 100, Conselho Tutelar e Delegacia da Mulher (35,4%), seguida por sua ampliação com a inclusão de aplicativos oficiais (24,1%). Em proporções menores, alguns profissionais citaram apenas um canal, como Delegacia da Mulher (10,1%) ou disque 100 (8,9%).

A maioria dos profissionais (59,5%) reconhece corretamente os procedimentos diferenciados para todos os públicos (crianças/adolescentes, idosos e mulheres), seguindo as diretrizes de notificação e encaminhamento. O procedimento correto para notificação e denúncia somente para mulheres foi o mais citado (89,9%) para crianças/adolescentes mencionado por 87,3% e para idosos por 59,5% dos profissionais. Apenas 25,3% dos profissionais já utilizaram o SINAN. Em relação a percepção sobre o sistema, 34,2% considera complexo, mas necessário – 34,2%, desconhecido – 34,2%, intuitivo e eficaz – 15,2% e pouco acessível – 8,9%. Entre os que citaram dificuldades, o problema predominante foi treinamento insuficiente (60,8%) seguido de suporte técnico insuficiente (36,7%). Quando perguntados se conhecem a rede de apoio às vítimas de violência, maioria informou que sim (77,2%), destes (48,1%) informam que este conhecimento é pouco (DADOS NÃO MOSTRADOS EM TABELA, TABELA 12).

**Tabela 12** - Condutas iniciais, conhecimento de canais de denúncia, procedimentos por perfil da vítima, uso do SINAN e familiaridade com a rede de apoio por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.

<b>CONDUTAS, CANAIS DE DENÚNCIA, PROCEDIMENTOS</b>	<b>Fa</b>	<b>F%</b>
<b>Conhecimento sobre canais institucionais de denúncia</b>		
Primeiro passo	79	
Registrar no prontuário e comunicar os órgãos responsáveis	71	89,9
Comunicar apenas à chefia imediata	7	8,9
Não sei especificar	1	1,3
Canais conhecidos	79	
Conselho Tutelar	57	72,2
Delegacia	68	86,1
Aplicativos	23	29,1
Disque 100	61	77,2
<b>Procedimentos corretos por perfil da vítima</b>		
Todos os públicos	47	59,5
Criança	69	87,3
Idoso	47	59,5
Mulher	71	89,9
<b>Uso do SINAN, percepção do sistema e rede de apoio</b>		
Já utilizou	20	25,3
Opinião	79	
Complexo, mas necessário	27	34,2
Desconhecido	27	34,2
Intuitivo e eficaz	12	15,2
Não tenho opinião formada	6	7,6
Pouco acessível	7	8,9
Dificuldades para o uso	79	
Tempo	7	8,9
Treinamento	48	60,8
Suporte técnico	29	36,7
Conhecimento sobre a rede de apoio às vítimas	61	77,2

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

A Vigilância em Saúde e as estratégias de Informação, Educação e Comunicação (IEC) constituem dimensões complementares e indissociáveis no enfrentamento da violência enquanto problema epidemiológico e social. A vigilância, ao produzir, sistematizar e analisar dados sobre eventos violentos, subsidia a identificação de padrões, grupos vulneráveis e territórios prioritários, orientando a tomada de decisão em saúde pública (Rouquayrol and Silva, 2013). Por sua vez, a IEC atua como eixo de tradução e mobilização dessas informações epidemiológicas, transformando dados técnicos em mensagens acessíveis, socialmente contextualizadas e capazes de promover mudanças cognitivas, atitudinais e comportamentais.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, essa articulação potencializa o ciclo vigilância-ação, ao qualificar a notificação, estimular o reconhecimento precoce dos casos, fortalecer a participação dos profissionais e da comunidade e favorecer a retroalimentação do sistema de vigilância (Brasil, 2012; Fertoni *et al.*, 2015). Assim, a integração entre Vigilância em Saúde

e IEC reforça o enquadramento epidemiológico da violência, ampliando a capacidade do SUS de intervir de forma preventiva, intersetorial e territorialmente orientada.

(Mendes and Akerman, 2007; Nascimento, 2010) A Tabela 4 apresenta a distribuição percentual do Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS) e de seus indicadores constituintes, contemplando reconhecimento de sinais de violência, conhecimento dos fluxos de atendimento, canais de denúncia, uso do SINAN e preparo percebido. Quanto ao IPPMV-APS, observou-se que 69,6% dos profissionais foram classificados com alta prontidão. No indicador de reconhecimento de sinais de violência, quase a totalidade dos participantes (98,7%) referiu identificar dois ou mais sinais, evidenciando elevada sensibilidade inicial para o reconhecimento da violência. Entre os sinais de violência física, destacaram-se as contusões, fraturas e queimaduras, reconhecidas por 93,7% dos profissionais. Em contrapartida, o relato de dor recorrente sem causa clínica definida apresentou reconhecimento mais limitado, sendo identificado por apenas 49,4% dos participantes. No âmbito da violência psicológica, observou-se elevado reconhecimento de ansiedade ou depressão como sinais de violência (93,7%) e de isolamento social (84,8%). Entretanto, outros sinais psicológicos menos evidentes foram reconhecidos por apenas 8,9% dos profissionais.

Para o indicador conhecimento dos fluxos de atendimento ( $\geq 2$ ), 79,7% dos profissionais relataram conhecer dois ou mais fluxos. Ao analisar fluxos específicos, observou-se maior adequação nos procedimentos voltados para crianças e adolescentes, com 87,3% relatando a notificação ao Conselho Tutelar e ao SINAN, bem como para mulheres, com 89,9% indicando o encaminhamento à Delegacia da Mulher e registro no SINAN. Já os procedimentos relacionados aos idosos apresentaram menor reconhecimento, sendo corretamente indicados por 59,5% dos participantes. Em relação ao indicador conhece canais disponíveis para denúncia de violência ( $\geq 2$ ), 79,7% informaram conhecer dois ou mais canais. Os canais mais reconhecidos foram à Delegacia da Mulher (86,1%), o Disque 100 (77,2%) e o Conselho Tutelar (72,2%). Em contraste, os aplicativos oficiais de denúncia foram pouco conhecidos, sendo citados por apenas 29,1% dos profissionais. O indicador uso e/ou conhecimento do SINAN, observou-se que 50,6% informaram não o utilizar. Além disso, 75,9% afirmaram não conhecer o SINAN. Por fim, no Indicador do preparo percebido  $\geq 1$ , 87,3% apresentaram escore igual ou superior a 1. Quando questionados sobre o preparo para orientar vítimas sobre serviços de apoio, 67,1% relataram sentir-se preparados ou parcialmente preparados. Ademais, 83,5% avaliaram sua capacidade atual de lidar com casos de violência como pelo menos regular (TABELA 13).

**Tabela 13** - Distribuição percentual do Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS) e indicadores específicos de reconhecimento, fluxos, canais de denúncia, uso do SINAN e preparo percebido entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

INDICADORES E IPPMV-APS	n	%
<b>IPPMV-APS — ÍNDICE DE PREPARO E PRONTIDÃO PROFISSIONAL PARA O MANEJO DA VIOLÊNCIA NA APS</b>		
Prontidão moderada (necessita reforço formativo)	24	30,4
Alta prontidão (reconhece sinais, fluxos, canais e domina sistemas)	55	69,6
<b>INDICADORES</b>		
<b>Indicador - reconhecimento de sinais de violência (&gt;=2)</b>	78	98,7
Contusões, fraturas, queimaduras como sinal/sintomas de VF*	74	93,7
Relato de dor recorrente sem causa clínica como sinal/sintomas de VF*	39	49,4
Isolamento social como sinal e sintomas de VP	67	84,8
Ansiedade ou depressão como sinal e sintomas de VP	74	93,7
Outros sinais e sintomas de violência psicológica	7	8,9
<b>Indicador: conhecimento dos fluxos de atendimento (&gt;=2)</b>	63	79,7
Crianças/adolescentes - notificar conselho tutelar e SINAN	69	87,3
Idosos - notificar rede de proteção e SINAN	47	59,5
Mulheres - encaminhar à delegacia da mulher e SINAN	71	89,9
<b>Indicador: conhece canais disponíveis para denúncia de violência (&gt;=2)</b>	63	79,7
Conselho tutelar	57	72,2
Delegacia da mulher	68	86,1
Aplicativos oficiais	23	29,1
Disque 100	61	77,2
<b>Indicador uso e/ou conhecimento do SINAN</b>	39	49,4
Conhece	19	24,1
Já utilizou	39	49,4
<b>Indicador do preparo percebido &gt;=1</b>	69	87,3
Se sente preparado(a), mesmo que pouco, para orientar vítimas sobre serviços	53	67,1
Avalia como, pelo menos regular, a capacidade atual de lidar com casos	66	83,5

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

A análise IPPMV-APS evidenciou predominância de alta prontidão entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde, com 55 participantes (69,6%) classificados nesse estrato. O escore global médio do IPPMV-APS foi de  $3,95 \pm 0,959$ , situando a amostra, em termos gerais, no limite superior da prontidão moderada e próximo ao patamar de alta prontidão. Entre os profissionais com alta prontidão, a média alcançou  $4,49 \pm 0,505$ , com baixa dispersão e valores concentrados entre 4 e 5. Ao comparar as médias dos escores dos componentes do IPPMV-APS, observou-se que o reconhecimento de sinais e sintomas de violência física e/ou psicológica apresentou desempenho semelhante entre os grupos de prontidão moderada e alta prontidão ( $3,29 \pm 1,160$  vs.  $3,31 \pm 0,858$ ), resultando em média geral de  $3,30 \pm 0,952$ .

No detalhamento dos tipos de sinais reconhecidos, as médias referentes ao número de sinais de violência física identificados foram baixas e muito próximas entre os grupos ( $1,46 \pm 0,588$  na prontidão moderada e  $1,42 \pm 0,534$  na alta prontidão), com média total de  $1,43 \pm 0,547$ .

De forma semelhante, o reconhecimento de sinais de violência psicológica apresentou médias inferiores a 2 em ambos os grupos ( $1,83 \pm 0,702$  vs.  $1,89 \pm 0,497$ ), com média geral de  $1,87 \pm 0,563$ . Em contraste, os maiores diferenciais entre os níveis de prontidão foram observados nos indicadores de conhecimento operacional do sistema de atenção à violência. O escore de conhecimento dos perfis da vítima e dos fluxos de atendimento apresentou diferença expressiva entre os grupos, com média de  $2,64 \pm 0,620$  entre os profissionais com alta prontidão, comparada a  $1,75 \pm 1,032$  entre aqueles com prontidão moderada. A média geral ( $2,37 \pm 0,865$ ).

Diferença semelhante foi observada no conhecimento dos canais disponíveis para denúncia de violência, em que os profissionais com alta prontidão apresentaram média de  $2,98 \pm 0,933$ , substancialmente superior à do grupo com prontidão moderada ( $1,88 \pm 0,947$ ). A média total de  $2,65 \pm 1,063$ . Por fim, o escore de preparo percebido foi o componente com menores valores médios absolutos, embora também tenha apresentado diferença entre os grupos. Os profissionais com alta prontidão alcançaram média de  $1,73 \pm 0,489$ , enquanto aqueles com prontidão moderada apresentaram  $1,00 \pm 0,885$ , resultando em média geral de  $1,51 \pm 0,714$  (TABELA 14).

**Tabela 14** - Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS) e escores de componentes do manejo da violência por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.

IPPMV-APS	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
<b>Escore IPPMV-APS</b>						
Prontidão moderada <sup>#</sup>	24	2,71	0,464	2	3,00	3
Alta prontidão <sup>&amp;</sup>	55	4,49	0,505	4	4,00	5
Total	79	3,95	0,959	2	4,00	5
<b>Escore de sinais e sintomas que identifica na violência física e/ou psicológica</b>						
Prontidão moderada <sup>#</sup>	24	3,29	1,160	0	4,00	5
Alta prontidão <sup>&amp;</sup>	55	3,31	0,858	2	3,00	5
Total	79	3,30	0,952	0	3,00	5
<b>Escore de Nº de Sinais e sintomas que identifica como violência física</b>						
Prontidão moderada <sup>#</sup>	24	1,46	0,588	0	1,50	2
Alta prontidão <sup>&amp;</sup>	55	1,42	0,534	0	1,00	2
Total	79	1,43	0,547	0	1,00	2
<b>Escore de Nº de Sinais e sintomas que identifica na violência psicológica</b>						
Prontidão moderada <sup>#</sup>	24	1,83	0,702	0	2,00	3
Alta prontidão <sup>&amp;</sup>	55	1,89	0,497	1	2,00	3
Total	79	1,87	0,563	0	2,00	3
<b>Escore de perfis da vítima com conhecimento dos fluxos de atendimento</b>						
Prontidão moderada <sup>#</sup>	24	1,75	1,032	0	1,50	3
Alta prontidão <sup>&amp;</sup>	55	2,64	0,620	1	3,00	3
Total	79	2,37	0,865	0	3,00	3
<b>Escore de canais disponíveis para denúncia de violência que conhece</b>						
Prontidão moderada <sup>#</sup>	24	1,88	0,947	1	2,00	4
Alta prontidão <sup>&amp;</sup>	55	2,98	0,933	1	3,00	4
Total	79	2,65	1,063	1	3,00	4
<b>Escore do preparo percebido</b>						
Prontidão moderada <sup>#</sup>	24	1,00	0,885	0	1,00	2
Alta prontidão <sup>&amp;</sup>	55	1,73	0,489	0	2,00	2
Total	79	1,51	0,714	0	2,00	2

**Legenda:** # necessita reforço formativo, & reconhece sinais, fluxos, canais e domina sistemas. Pontuação total possível de 5.

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Foi observada associação estatisticamente significativa ( $p = 0,014$ ) entre a categoria profissional atual e o nível de prontidão para atendimento à vítima, avaliado pelo Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS). A probabilidade de a categoria média possuir prontidão moderada (79,2%, RP = 1,61; IC95%: 1,15–2,26) é 1,613 vezes quando comparada com a alta prontidão (49,1%) (TABELA 15).

**Tabela 15** - Associação entre a categoria profissional atual e o nível de prontidão para atendimento à vítima segundo o Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS (IPPMV-APS), entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.

IPPMV-APS	Categoria Atual						p	RP	95% IC	
	Médio		Superior		total				LI	LS
	n	%	n	%	n	%				
Prontidão moderada (necessita reforço formativo)	19	79,2	5	20,8	24	100,0	0,014	1,613	1,150	2,262
Alta prontidão (reconhece sinais, fluxos, canais e domina sistemas)	27	49,1	28	50,9	55	100,0		1,000	-	-

**Nota:** Valores expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%). A associação entre as variáveis foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado de Pearson. A razão de prevalência (RP) foi estimada com intervalo de confiança de 95% (IC95%), adotando-se como categoria de referência o grupo com alta prontidão. Considerou-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

A maioria (67,1%) dos participantes informaram sentir-se preparados para orientar vítimas de violência sobre os serviços disponíveis. No entanto, quando questionados sobre a capacidade de lidar com casos de violência, a maioria classificou essa habilidade como regular (55,7%) e 16,5% consideraram sua capacidade ruim. No que se refere à eficácia no manejo de casos de violência, 45,6% dos profissionais relataram sentir-se eficazes, ao passo que quase a totalidade (96,2%) demonstrou interesse em participar de capacitações sobre o tema. Quanto ao uso de ferramentas digitais, verificou-se que os profissionais utilizam com maior frequência vídeos e podcasts (68,4%), seguidos por cursos (59,5%) e artigos científicos (50,6%). Em relação à percepção das ferramentas mais eficazes, destacaram-se os aplicativos com protocolos (58,2%), os manuais (54,4%) e os podcasts (35,4%), seguidos por webinários (34,2%) e jogos (22,8%). Quanto às características que tornam uma ferramenta digital eficaz, os profissionais apontaram principalmente o tipo de conteúdo (79,7%) e a navegabilidade (78,5%), seguidos por baixo custo (57,0%), possibilidade de uso offline (48,1%) e interatividade (44,3%) (TABELA 16).

**Tabela 16** - Auto percepção, manejo de casos de violência e uso de ferramentas digitais por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025

AUTO PERCEPÇÃO, MANEJO DE CASOS E USO DE FERRAMENTAS DIGITAIS	Fa	F%
<b>Auto percepção sobre capacidade de lidar com casos de violência</b>		
Informa sentir-se preparado para orientar vítimas sobre os serviços	53	67,1
Sente-se capaz de lidar com casos de violência	79	
Muito boa ou boa	22	27,8
Regular	44	55,7
Ruim	13	16,5
Sente-se eficaz no manejo de casos de violência	36	45,6
Tem interesse em participar de capacitações no tema	76	96,2
<b>Ferramentas digitais</b>		
Utiliza com frequência	79	
Curso	47	59,5
Artigos	40	50,6
Vídeo/podcast	54	68,4
App com protocolos	18	22,8
Jogos	6	7,6
Informa uso para se atualizar sobre o tema	35	44,3
<b>Ferramentas mais eficazes para o tema</b>		
Webinários	27	34,2
App com protocolos	46	58,2
Manuais	43	54,4
Podcast	28	35,4
Jogos	18	22,8
<b>O que torna a ferramenta eficaz</b>		
Navegabilidade	62	78,5
Ser offline	38	48,1
Tipo de conteúdo	63	79,7
Ser interativa	35	44,3
Custo	45	57,0

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

A Tabela 4 apresenta a distribuição percentual do índice de atratividade de ferramentas (IEAEE-VAPS) e de seus indicadores constituintes, que visa quantificar o potencial de engajamento dos profissionais com diferentes formatos de ferramentas educativas, incluindo uso prévio, preferências declaradas e condições de acesso. Em relação ao Índice de Atratividade de Ferramentas (IEAEE-VAPS), observou-se que 49,4% dos profissionais apresentaram alta atratividade digital.

Para o indicador experiências prévias com ferramentas digitais sobre violência  $\geq 1$ , observou-se que 72,2% dos participantes relataram experiência prévia com pelo menos uma ferramenta digital relacionada ao tema da violência. Entre os recursos mais utilizados, destacaram-se os vídeos curtos e podcasts (68,4%), seguidos por cursos online (59,5%) e PDFs ou artigos científicos (50,6%). Já o indicador preferência por APPS ou recursos digitais para atualização sobre violência  $\geq 1$ , 77,2% dos profissionais manifestaram interesse em utilizar ao menos um tipo de recurso digital. Os aplicativos com protocolos foram os mais citados (58,2%), seguidos por podcasts (35,4%) e simuladores ou jogos educativos (22,8%). No que se refere ao indicador praticidade, objetividade desejada para a ferramenta.  $=2$ , 64,6% dos participantes indicaram a necessidade de praticidade e objetividade. As características mais valorizadas foram a simplicidade de navegação (78,5%) e o conteúdo direto e confiável (79,7%), evidenciando a importância de soluções tecnológicas intuitivas e baseadas em evidências. Além disso, 48,1% apontaram a possibilidade de acesso offline como um fator relevante para a utilidade da ferramenta digital (TABELA 17).

**Tabela 17** - Experiências prévias, preferências e índice de atratividade de ferramentas digitais para capacitação sobre violência entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.

<b>EXPERIÊNCIAS PRÉVIAS, PREFERÊNCIAS E IEAEE-VAPS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>IEAEE-VAPS: Índice de atratividade de ferramentas.</b>		
Baixa atratividade digital <sup>!</sup>	9	11,4
atratividade digital moderada <sup>@</sup>	31	39,2
Alta atratividade digital <sup>#</sup>	39	49,4
<b>INDICADORES</b>		
<b>Indicador: Experiências prévias com ferramentas digitais sobre violência <math>\geq 1</math></b>	<b>57</b>	<b>72,2</b>
Cursos online	47	59,5
PDFs/artigos científicos	40	50,6
Vídeos curtos/Podcasts	54	68,4
<b>Indicador: Preferência por APPS ou recursos digitais para atualização sobre violência <math>\geq 1</math></b>	<b>61</b>	<b>77,2</b>
Aplicativos com protocolos	46	58,2
Podcasts	28	35,4
Simuladores/jogos	18	22,8
<b>Indicador: Praticidade, objetividade desejada para a ferramenta. =2</b>	<b>51</b>	<b>64,6</b>
Simplicidade de navegação	62	78,5
Conteúdo direto e confiável	63	79,7
<b>Indicador: Torna uma ferramenta educativa importante: Possibilidade de acesso offline</b>	<b>38</b>	<b>48,1</b>

**Legenda:** != (0-1); @= (2-3); #= (4-5)

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

A análise do Índice de Atratividade de Ferramentas (IEAEE-VAPS) evidenciou gradiente crescente dos escores médios conforme o aumento da disposição para formação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, indicando consistência interna do índice e capacidade de discriminar perfis de engajamento digital. No escore global do IEAEE-VAPS, os profissionais com baixa disposição para formação apresentaram média de  $0,89 \pm 0,333$ , com valores concentrados entre 0 e 1, caracterizando perfil de baixa atratividade digital. Em contraste, aqueles com disposição moderada alcançaram média de  $2,58 \pm 0,502$ , enquanto o grupo com alta disposição para formação apresentou média de  $4,44 \pm 0,502$ , com mediana de 4,00 e variação entre 4 e 5. Considerando o conjunto da amostra, o IEAEE-VAPS apresentou média geral de  $3,30 \pm 1,324$ .

Ao comparar os componentes do IEAEE-VAPS, observou-se que o escore de preferência por aplicativos ou recursos digitais para atualização sobre violência foi o indicador com menores valores médios absolutos. Os profissionais com baixa disposição para formação não apresentaram preferência por esse tipo de recurso (média = 0,00), enquanto os grupos com disposição moderada e alta disposição apresentaram médias de  $1,16 \pm 0,820$  e  $1,44 \pm 0,788$ , respectivamente. A média total de  $1,17 \pm 0,869$  sugere que, embora exista interesse crescente por recursos digitais entre os profissionais mais dispostos à formação, a preferência por

aplicativos interativos ainda se encontra em nível intermediário, configurando uma lacuna importante para estratégias de inovação educacional. Em relação ao escore de praticidade e objetividade desejadas na ferramenta, observou-se desempenho mais elevado e maior capacidade discriminatória entre os níveis de disposição para formação. Os profissionais com baixa disposição apresentaram média de  $0,67 \pm 0,500$ , enquanto aqueles com disposição moderada alcançaram  $1,45 \pm 0,624$ . O grupo com alta disposição para formação apresentou média de  $1,90 \pm 0,307$ , com valores concentrados próximos ao escore máximo. A média geral de  $1,58 \pm 0,612$  indica que a valorização de ferramentas simples, diretas e objetivas constitui um elemento central de atratividade, especialmente entre os profissionais mais propensos à capacitação (TABELA 18).

**Tabela 18** - Distribuição dos escores do Índice de Atratividade de Ferramentas (IEAEE-VAPS) e de componentes de preferência e praticidade segundo disposição para formação entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.

	N	Média	dp	Mínimo	Mediana	Máximo
<b>ESCORE: IEAEE-VAPS : Índice de atratividade de ferramentas</b>						
Baixa disposição !	9	0,889	0,333	0	1,00	1
Moderada disposição @	31	2,581	0,502	2	3,00	3
Alta disposição #	39	4,436	0,502	4	4,00	5
Total	79	3,304	1,324	0	3,00	5
<b>Escore: Preferência por APPS ou recursos digitais para atualização sobre violência</b>						
Baixa disposição	9	0,000	-	0	0,00	0
Moderada disposição @	31	1,161	0,820	0	1,00	3
Alta disposição #	39	1,436	0,788	0	1,00	3
Total	79	1,165	0,869	0	1,00	3
<b>ESCORE: Praticidade, objetividade desejada para a ferramenta</b>						
Baixa disposição	9	0,667	0,500	0	1,00	1
Moderada disposição @	31	1,452	0,624	0	2,00	2
Alta disposição #	39	1,897	0,307	1	2,00	2
Total	79	1,582	0,612	0	2,00	2

**Legenda:** != (0-1); @= (2-3); #= (4-5)

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Foi observada associação estatisticamente significativa entre a categoria profissional atual e os níveis do Índice de Atratividade de Ferramentas (IEAEE-VAPS) ( $p = 0,032$ ). Entre os profissionais classificados com baixa atratividade digital, a maioria pertencia à categoria média (77,8%), que apresentaram 1,78 vezes maior probabilidade de apresentar baixa atratividade digital em comparação aos da categoria superior (RP = 1,784; IC95%: 1,083–2,940). No grupo com atratividade digital moderada, também se observou maior proporção de profissionais da categoria média (71,0%, RP = 1,628; IC95%: 1,067–2,483). Por outro lado, entre os profissionais com alta atratividade digital, a maior proporção foi observada na categoria superior (56,4%), sendo este grupo adotado como referência (TABELA 19).

**Tabela 19** - Associação entre a categoria profissional atual e os níveis do Índice de Atratividade de Ferramentas (IEAEE-VAPS) entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.

IEAEE-VAPS	Categoria Atual						p	RP	95% IC	
	Médio		Superior		total				LI	LS
	n	%	n	%	n	%				
Baixa atratividade digital	7	77,8	2	22,2	9	100,0	<b>0,032</b>	1,784	1,083	2,940
atratividade digital moderada	22	71,0	9	29,0	31	100,0		1,628	1,067	2,483
Alta atratividade digital	17	43,6	22	56,4	39	100,0		1,000	-	-

**Nota:** Valores expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%). A associação entre as variáveis foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado de Pearson. A razão de prevalência (RP) foi estimada com intervalo de confiança de 95% (IC95%), adotando-se como categoria de referência o grupo com alta atratividade digital. Considerou-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

O Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS (INF-MVAPS) e seus constituintes avaliar o nível de motivação, interesse e percepção de necessidade dos profissionais para participar de capacitações formais sobre violência, incorporando desejo, lacunas percebidas e busca ativa. A análise do INF-MVAPS revelou que a maioria dos profissionais apresentou disposição moderada para formação (72,2%), enquanto 19,0% demonstraram alta disposição. Para o indicador eficácia percebida no manejo de casos de violência, 45,6% dos profissionais avaliaram sua atuação como ao menos parcialmente eficaz. Em relação ao indicador de experiências formativas, apenas 40,5% relataram ter recebido algum tipo de capacitação ou informação prévia sobre o tema. Especificamente, 27,8% informaram já ter participado de cursos, oficinas ou palestras relacionadas à violência ou ao atendimento às vítimas, enquanto 29,1% relataram capacitação voltada à identificação e notificação de casos de violência. Apesar da limitada experiência prévia, observou-se elevado interesse em capacitações futuras (indicador), com 96,2% dos participantes manifestando desejo de participar de ações formativas sobre o tema. Quanto ao conhecimento normativo e operacional (indicador), 78,5% dos profissionais apresentaram conhecimento atual sobre legislação, fluxos e processos de atendimento (score  $\geq 3$ ). A maioria (89,9%) reconheceu corretamente que, diante de suspeita de violência, o primeiro passo é o registro no prontuário e a comunicação aos órgãos responsáveis. Em relação aos canais disponíveis para denúncia, os mais reconhecidos foram à Delegacia da Mulher (86,1%), o Disque 100 (77,2%) e o Conselho Tutelar (72,2%). Os aplicativos oficiais de denúncia foram mencionados por apenas 29,1% dos profissionais. Por fim, (TABELA 20).

**Tabela 20** - Distribuição percentual da eficácia percebida, experiências formativas, conhecimento normativo-operacional e Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS (INF-MVAPS) entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.

	n	%
<b>INF-MVAPS : Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS.</b>		
Baixa disposição para formação <sup>!</sup>	7	8,9
disposição para formação moderada <sup>@</sup>	57	72,2
Alta disposição para formação <sup>#</sup>	15	19,0
Total	79	100,0
<b>Indicador: eficácia percebida, ao menos parcialmente, no manejo de casos de violência</b>	36	45,6
<b>Indicador: experiências formativas</b>	32	40,5
Já participou de outras formações (cursos, oficinas, palestras) sobre tema	22	27,8
Recebeu algum tipo de capacitação de identificação/notificação de violência	23	29,1
<b>Indicador: interesse em capacitações futuras</b>	76	96,2
<b>Indicador: conhecimento normativo e operacional <math>\geq 3</math></b>	62	78,5
Em suspeita de violência, 1º.passo é registrar no prontuário e comunicar órgãos responsáveis	71	89,9
Canais disponíveis para denúncia - Conselho Tutelar	57	72,2
Canais disponíveis para denúncia - Delegacia da Mulher	68	86,1
Canais disponíveis para denúncia - Aplicativos oficiais	23	29,1
Canais disponíveis para denúncia - Disque 100	61	77,2

**Legenda:** != (0-1); @= (2-3); #= (4)

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

A análise do Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS (INF-MVAPS) considerou exclusivamente os indicadores com variação escalar, isto é, aqueles cuja mensuração ultrapassa respostas dicotômicas do tipo *sim/não*, permitindo comparação de médias, dispersão e gradiente de intensidade entre os níveis de disposição para formação. Essa opção analítica está alinhada à lógica metodológica do índice, cujo objetivo é captar níveis progressivos de motivação, reconhecimento de lacunas e busca ativa por capacitação.

No escore global do INF-MVAPS, observou-se progressão consistente dos valores médios conforme o aumento da disposição para formação. Os profissionais classificados com baixa disposição apresentaram média de 1,00, com valores concentrados exclusivamente nesse escore, indicando perfil homogêneo e baixa variabilidade interna. Entre aqueles com disposição moderada, a média foi de  $2,44 \pm 0,501$ , com valores situados entre 2 e 3. Já o grupo com alta disposição para formação apresentou média de 4,00, sem variação ( $DP = 0,000$ ), evidenciando forte concentração no nível máximo do índice. Considerando o total da amostra, o INF-MVAPS apresentou média geral de  $2,61 \pm 0,898$ , compatível com um perfil global de disposição moderada para formação. Ao examinar o escore de experiências formativas prévias — indicador que sintetiza participação anterior em cursos, oficinas ou recebimento de informações estruturadas sobre violência — observou-se um padrão claramente desigual entre os grupos. Os

profissionais com baixa disposição para formação não apresentaram qualquer experiência prévia (média = 0,00). Entre aqueles com disposição moderada, a média foi de  $0,42 \pm 0,706$ , indicando baixa frequência de experiências formativas. Em contraste, o grupo com alta disposição para formação apresentou média de  $1,40 \pm 0,507$ , sugerindo maior exposição prévia a processos educativos. A média total da amostra foi de  $0,57 \pm 0,763$ , revelando que, de modo geral, a experiência formativa prévia ainda é limitada entre os profissionais da APS.

Em relação ao escore de conhecimento normativo e operacional — que contempla legislação, fluxos e processos formais de atendimento à violência — identificou-se gradiente crescente e mais acentuado entre os níveis de disposição para formação. Os profissionais com baixa disposição apresentaram média de  $2,14 \pm 0,378$ , indicando conhecimento restrito e pouco variável. Esse valor aumentou de forma expressiva entre aqueles com disposição moderada, cuja média foi de  $3,56 \pm 1,165$ , com maior dispersão dos escores. O grupo com alta disposição para formação alcançou os maiores valores médios, com  $4,13 \pm 0,743$ , aproximando-se do escore máximo do indicador. No conjunto da amostra, a média foi de  $3,54 \pm 1,152$ , sugerindo que o conhecimento normativo-operacional constitui um dos componentes mais robustos do INF-MVAPS, embora apresente desigualdades relevantes entre os perfis de disposição (TABELA 21).

**Tabela 21** -Distribuição dos escores do Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS (INF-MVAPS), experiência formativa prévia e conhecimento normativo-operacional segundo níveis de disposição para formação entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.

<i>INF-MVAPS</i>	N	Média	dp	Mínimo	Mediana	Máximo
<b>INF-MVAPS : Escore do Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS</b>						
Baixa disposição !	7	1,00	-	1	1,00	1
Moderada disposição @	57	2,44	0,501	2	2,00	3
Alta disposição #	15	4,00	0,000	4	4,00	4
Total	79	2,61	0,898	1	3,00	4
<b>Escore experiências formativas</b>						
Baixa disposição !	7	0,00	-	0	0,00	0
Moderada disposição @	57	,42	0,706	0	0,00	2
Alta disposição #	15	1,40	0,507	1	1,00	2
Total	79	,57	0,763	0	0,00	2
<b>Escore do conhecimento normativo e operacional</b>						
Baixa disposição !	7	2,14	0,378	2	2,00	3
Moderada disposição @	57	3,56	1,165	1	4,00	5
Alta disposição #	15	4,13	0,743	3	4,00	5
Total	79	3,54	1,152	1	4,00	5

**Legenda:** != (0-1); @= (2-3); #= (4)

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

Não foi identificada associação estatisticamente significativa entre a categoria profissional e os níveis do Índice de Atratividade Digital (IEAEE-VAPS) ( $p = 0,754$ ). Entre os profissionais classificados com baixa atratividade digital, observou-se maior proporção de indivíduos da categoria média (71,4%) em comparação à categoria superior (28,6%,  $RP = 1,339$ ;  $IC95\%: 0,688-2,607$ ). No grupo com atratividade digital moderada, 57,9% dos profissionais pertenciam à categoria média e 42,1% à categoria superior ( $RP = 1,086$ ;  $IC95\%: 0,644-1,831$ ). Já entre aqueles com alta atratividade digital, a distribuição foi semelhante entre as categorias, com 53,3% dos profissionais na categoria média e 46,7% na categoria superior, sendo este último grupo utilizado como referência (TABELA 22).

**Tabela 22** - Associação entre a categoria profissional atual e os níveis do Índice de Atratividade Digital (IEAEE-VAPS) entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza/CE, 2025.

INF-MVAPS	Categoria Atual				total	p	RP	95% IC		
	Médio		Superior					LI	LS	
	n	%	n	%	n	%				
Baixa atratividade digital	5	71,4	2	28,6	7	100,0	<b>0.754</b>	1,339	0,688	2,607
atratividade digital moderada	33	57,9	24	42,1	57	100,0		1,086	0,644	1,831
Alta atratividade digital	8	53,3	7	46,7	15	100,0		1,000	-	-

**Nota:** Valores expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%). A associação entre as variáveis foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado de Pearson. A razão de prevalência (RP) foi estimada com intervalo de confiança de 95% (IC95%), adotando-se como categoria de referência o grupo com alta atratividade digital. Considerou-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

**Fonte:** Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa (2025).

De forma sintética, os resultados apresentados evidenciam um panorama heterogêneo da prontidão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para o atendimento às vítimas de violência, revelando coexistência entre reconhecimentos conceituais, lacunas operacionais e elevada disposição para qualificação. A análise integrada dos índices compostos — IPPMV-APS, IEAEE-VAPS e INF-MVAPS — permitiu identificar não apenas o nível global de preparo, mas também os componentes específicos que estruturam essa prontidão, como conhecimento de fluxos, uso de sistemas de notificação, familiaridade com ferramentas digitais e interesse por formação continuada. À luz desses achados empíricos, a seção seguinte se dedica à Discussão, na qual os resultados serão interpretados à luz da literatura científica e das diretrizes da Saúde Coletiva, buscando compreender suas implicações para a qualificação do cuidado, a organização dos serviços e o desenvolvimento de estratégias educativas e tecnológicas voltadas ao enfrentamento da violência no âmbito da APS.

#### **9.5.1. Discussão do estudo transversal e construção do Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS)**

Os dados achados neste estudo evidenciam que a Atenção Primária à Saúde (APS) detém uma posição estratégica para o enfrentamento da violência, mas ao mesmo tempo, revela diversos limites estruturais e formativos que resultam num impacto direto na capacidade de respostas das equipes. A análise dos resultados uni variados e dos índices compostos desenvolvidos (IPPMV-APS, IEAEE-VAPS e INF-MVAPS) possibilitou a compreensão não somente dos níveis de prontidão, atratividade e disposição para formação dos participantes, mas também as lacunas específicas que orientam na construção de uma ferramenta educativa em saúde com bases nos princípios de informação educação e comunicação (IEC), conforme o proposto no delineamento metodológico.

O perfil da amostra foi composta majoritariamente por mulheres, profissionais com idade entre 35 e 54 anos e com um tempo prolongado de atuação na APS, este dado indica uma força de trabalho experiente, e que tem um vínculo bem consolidado com o território. Segundo a literatura, esse fator é um facilitador para a identificação de situações mais complexas e sensíveis, como as violências, principalmente pelo contato longitudinal com a comunidade e seus moradores (Oliveira and Pereira, 2013; Geremia, 2020). A grande presença de Agentes Comunitários em Saúde (ACS), reforça esse potencial pois estes profissionais exercem um papel central na observação do cotidiano do território e também na sua escuta qualificado.

Entretanto, estudos apontam que esta categoria é a que enfrenta maior vulnerabilidade institucional, historicamente tendo um menor acesso à formação e menor autonomia decisória, assim limitando sua atuação diante de situações de violência (Porto *et al.*, 2014; Da Costa Marinho and Aguiar, 2019).

Apesar de uma grande experiência prática/empírica, os resultados univariados demonstraram que há uma baixa cobertura de capacitação específica sobre identificação e notificação de violência, além de uma grande predominância de formações episódicas e de curta duração. Esse achado demonstra a presença de uma política formativa fragmentada, que é insuficiente para conseguir lidar com um fenômeno complexo como a violência, pois o mesmo exige uma atualização contínua, um bom domínio normativo e segurança ética e técnica (Coelho *et al.*, 2009; Freitas *et al.*, 2017). A literatura também destaca que ações educativas pontuais tendem a produzir ganhos limitados e que são pouco sustentáveis no decorrer do tempo, assim se mostrando necessário estratégias de ensino estruturadas, com componentes práticos, simulações e reforço contínuo (Gillespie, 2014; Provost, 2021).

A análise do índice IPPMV-APS demonstrou que há predominância de profissionais classificados como alta prontidão, indicando assim, uma capacidade global satisfatória para o manejo da violência. Entretanto, a decomposição do índice evidenciou a presença de heterogeneidade entre seus componentes. Foi encontrado um bom nível de reconhecimento de sinais físicos clássicos e das manifestações psicológicas mais frequentes, como por exemplo, ansiedade, depressão e isolamento social, este achado entra em concordância com estudos nacionais que apontam que a APS tem uma maior sensibilidade para sinais mais visíveis ou que já são incorporados à prática clínica (Costa *et al.*, 2015; Fiorini and Boeckel, 2021). Em contrapartida, sinais que são menos evidentes, como por exemplo, dor recorrente sem uma causa clínica definida ou manifestações psicológicas mais sutis, demonstraram um menor reconhecimento, sugerindo assim a persistência do olhar biomédico, que tem dificuldade de integração entre as diversas dimensões da violência (Minayo, M. C. S., 2006; Zanello, 2020).

As maiores diferenças encontradas entre os grupos de prontidão foram observadas nos escores relacionados ao conhecimento dos fluxos de atendimento, dos canais de denúncia e do preparo percebido. Os profissionais com alta prontidão tiveram médias significativamente superiores nesses componentes, indicando assim, que o domínio normativo e operacional resultou em um diferencial relevante na capacidade deste profissional de resposta à violência. Este resultado está em concordância com as evidências de que a insegurança em relação aos

fluxos institucionais e às responsabilidades legais é um dos principais fatores que são associados à subnotificação e à hesitação profissional (Coelho *et al.*, 2009; Alcantara *et al.*, 2016; Leite and Fontanella, 2019).

O achado do baixo conhecimento e uso do SINAN é uma das lacunas mais críticas identificadas. Apesar do sistema ser reconhecido como instrumento central para a vigilância em saúde, a maioria dos profissionais declarou um desconhecimento completo sobre o mesmo, ou uma ausência de experiência prática com a sua utilização. A distância entre a normatividade e a operacionalização cotidiana acaba por comprometer a produção de dados epidemiológicos e também a articulação intersetorial, situação já apontada por estudos nacionais que abordam a subnotificação da violência (Reichenheim *et al.*, 2015; Cerqueira *et al.*, 2021). Este achado reforça a necessidade de estratégias educativas que tenham também como foco o uso prático do sistema, com uma linguagem acessível e apoio institucional contínuo.

Os resultados encontrados na análise do IEAEE-VAPS, indicam que a atratividade digital moderada ou alta está presente na maioria da amostra, com uma clara preferência por ferramentas simples, objetivas, navegáveis e que de preferência tenha um acesso offline. A frequência de uso de vídeos curtos, podcasts e cursos on-line, em associação à uma preferência por aplicativos com protocolos, sinaliza a existência de um perfil favorável à incorporação de tecnologias educativas no cotidiano da APS. Os achados são respaldados pela literatura sobre saúde digital, que diz que existe um potencial nas ferramentas móveis para apoiar decisões clínicas e processos de notificação, desde que os mesmos priorizem a usabilidade, segurança e adequação ao contexto dos profissionais (Boudreaux *et al.*, 2014; Yang and Silverman, 2014; Eisenhut *et al.*, 2020).

Os achados do INF-MVAPS revelaram uma elevada disposição para formações continuadas, com quase unanimidade de interesse em participar em futuras capacitações. Antagonicamente, esta alta motivação convive com a presença de baixas experiências formativas prévias, assim demonstrando uma grande e importante janela de oportunidade para uma intervenção educativa. A progressão dos escores do INF-MVAPS acompanhou o aumento do conhecimento normativo e operacional, assim indicando que a disposição para a formação está associada ao nível de reconhecimento das próprias lacunas, aspecto esse que é central nas abordagens da educação crítica e emancipadora (Freire, 2014). Estes resultados reforçam a pertinência de estratégias que articulem entre a sensibilização e valorização da experiência do profissional, juntamente com a qualificação técnica do mesmo.

A integração entre os três índices evidencia a sua complementaridade analítica e operacional. Pois enquanto o IPPMV-APS sintetiza a capacidade de resposta à violência, o IEAEE-VAPS indica o potencial de engajamento para as ferramentas digitais, e o INF-MVAPS demonstra a abertura subjetiva e motivacional para processos formativos. A convergência entre a alta disposição para formação e atratividade digital sustenta a coerência interna dos achados enquanto válida a escolha metodológica de utilizar índices compostos como instrumentos orientadores para o desenvolvimento da ferramenta de IEC, conforme se é recomendado por estudos sobre construção de indicadores em saúde (Kronemberger, 2019).

Olhando pelo prisma programático, os resultados indicam que há uma necessidade de intervenções educativas que vão além de uma abordagem exclusivamente informativa, sendo necessário a implementação de módulos práticos, fluxogramas operacionais, simulações de tomadas de decisão e orientações claras sobre notificações e proteção institucional. Para além disso, a ferramenta deve dialogar com os princípios da APS, valorizando assim o acolhimento, o vínculo e a integralidade do cuidado, ao mesmo tempo em que fortalece a vigilância em saúde e também a articulação intersetorial (Paim, 2003; Gonsalves and Schraiber, 2021).

Por fim, por mais que o desenho transversal imponha diversas limitações em relação à inferência causal, os achados resultam em um diagnóstico consistente em relação às principais lacunas e potencialidades da APS no enfrentamento da violência. A grande disposição para a formação e a atratividade por ferramentas digitais demonstram um cenário favorável para a implementação e avaliação de estratégias inovadoras de educação. Estudos futuros poderão aprofundar análises multivariadas e avaliar o impacto de uma ferramenta de IEC na melhoria da prontidão profissional e na qualificação da notificação do cuidado às vítimas, contribuindo assim para o fortalecimento das respostas da APS à violência como um problema de saúde pública (Krug, E. G. *et al.*, 2002a; Dahlberg, Linda L. and Krug, Etienne G., 2006).

## 10. CONCLUSÃO

Os dados analisados no diagnóstico inicial evidenciou uma lacuna expressiva na disponibilidade de ferramentas de IEC, especialmente digitais, em língua portuguesa e contextualizadas à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Os achados dos levantamentos de aplicativos, objetos de aprendizagem e materiais educativos, demonstraram uma baixa integração entre os conteúdos técnicos, fluxos institucionais e abordagens pedagógicas que sejam sensíveis à complexidade da violência. Esses resultados reforçaram a necessidade existente de desenvolver estratégias educativas alinhadas às práticas reais da APS e às políticas públicas vigentes.

A construção do questionário se mostrou como uma etapa central e estratégica para o estudo. O instrumento foi desenvolvido não apenas como um meio de coleta de dados, mas também como um dispositivo analítico capaz de captar as dimensões técnicas, subjetivas e operacionais da atuação do profissional da APS que enfrenta a violência. O processo para a validação do conteúdo, conduzido com especialistas, e o pré-teste com profissionais da APS, demonstraram a clareza, pertinência e aplicabilidade do instrumento, além de também de possibilitarem ajustes finos na linguagem, na organização dos blocos temáticos e na operacionalização das escalas. Esses procedimentos foram responsáveis por fortalecer a consistência metodológica do estudo e também garantir maior aderência do questionário ao contexto de trabalho da população.

A aplicação e análise do estudo transversal possibilitaram o mapeamento integrado das lacunas, potencialidades e necessidades formativas que são relacionadas ao manejo da violência. A construção dos Sistema Integrado de Indicadores Sintéticos sobre Violência na Atenção Primária à Saúde (SIIS-VAPS) (Índice de Preparo e Prontidão Profissional para o Manejo da Violência na APS [IPPMV-APS], Índice de Necessidades Formativas para o Manejo da Violência na APS [INF-MVAPS] e Índice de Engajamento e Atratividade de Estratégias Educativas para Violência na APS [IEAEE-VAPS]), foi um dos principais avanços metodológicos do estudo. Estes índices possibilitaram que múltiplas dimensões da prática profissional fossem sintetizadas em medidas analíticas robustas que estivessem diretamente alinhadas aos objetivos específicos da pesquisa, e com um potencial de aplicação na formulação de futuras intervenções educativas.

O principal achado desta investigação aponta para o fato de que, apesar de os profissionais da APS reconhecerem a relevância temática da violência e demonstrarem disposição para os processos formativos, fragilidades importantes no conhecimento de fluxos, processos de notificação, uso sistemático de ferramentas educativas e articulação intersetorial ainda persistem. Também se observou uma elevada atratividade por recursos digitais e inovação nas estratégias educativas, especialmente quando as mesmas são contextualizadas à realidade local e integradas à rotina de trabalho dos profissionais.

Olhando pelo prisma da Saúde Coletiva, o estudo reafirma que o enfrentamento da violência exige abordagens interdisciplinares, intersetoriais e que tenham metodologias sólidas, para que assim sejam capazes de desenvolver conhecimento científico, práticas profissionais e políticas públicas. A utilização do marketing social como um eixo orientador no desenvolvimento da ferramenta de IEC, mostrou-se promissora ao mudar o foco das abordagens meramente normativas para estratégias com foco na adesão, engajamento e mudança do comportamento profissional.

Por fim, apesar de limitações em relação ao quantitativo da amostra não permitir inferências com alta segurança, destaca-se que este estudo não se encerra em si mesmo. Os achados servem como base para as etapas subsequentes do projeto, especialmente no desenvolvimento, testagem e avaliação de um protótipo de ferramenta de IEC voltada à APS, etapas futuras estas que irão suprir a limitação do atual estudo. Espera-se que os resultados contribuam para a qualificação da formação permanente dos profissionais, o fortalecimento da resposta institucional à violência e ampliação da capacidade do SUS de produzir cuidado integral, humanizado e orientado pelos direitos humanos, além de auxiliar no mapeamento de outros cenários de atenção primária no Brasil, e por meio deste, o desenvolvimento de novas ferramentas de educação permanente digitais para o contexto da atenção primária.

Nesse sentido, a pesquisa reafirma o compromisso da Saúde Pública com a transformação da prática, a redução de iniquidades e a mitigação da violência como um problema central na Saúde Coletiva, além de contribuir social e cientificamente para uma maior democratização da tecnologia para a educação de profissionais, assim qualificando os mesmos de uma maneira mais barata e eficaz, resultando assim numa melhora da saúde da população brasileira.

## REFERÊNCIAS

AARTEN, P. G. M.; LIEM, M. C. A. Unravelling the Homicide Drop: Disaggregating a 25-Year Homicide Trend in the Netherlands. **Eur J Crim Pol Res**, p. 1-26, Jun 18 2021. ISSN 0928-1371 (Print)

1572-9869 (Electronic)

0928-1371 (Linking).

ABT, T. P. Towards a framework for preventing community violence among youth. **Psychology, health & medicine**, v. 22, n. sup1, p. 266-285, 2017. ISSN 1354-8506.

ABURTO, J. M. et al. Uneven state distribution of homicides in Brazil and their effect on life expectancy, 2000-2015: a cross-sectional mortality study. In: (Ed.). **BMJ Open**: © Author(s) (or their employer(s)) 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ., v.11, 2021. p.e044706. ISBN 2044-6055 (Electronic)

2044-6055 (Linking).

AGHA, S. Mental well-being and association of the four factors coping structure model: A perspective of people living in lockdown during COVID-19. In: (Ed.). **Ethics Med Public Health**: © 2020 Elsevier Masson SAS, v.16, 2021. p.100605. ISBN 2352-5525 (Print)

2352-5525 (Electronic).

AGUIAR, R. A. et al. Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, 2022. ISSN 0047-2085.

ALARCON, M. F. S. et al. Violência contra a pessoa idosa: percepções das equipes da atenção básica à saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021. ISSN 0104-0707.

ALCANTARA, M. C. M. et al. Subnotificação e invisibilidade da violência contra a mulher. 2016. ISSN 2238-3182.

AMARANTE, P.; COSTA, A. M. **Diversidade cultural e saúde**: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde 2012.

AMORIM, A. C. D. A Política Nacional de Humanização no SUS: a palavra como “dádiva” na subjetivação da atenção e gestão em saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 12, p. e46391211370, 2020-12-29 2020. ISSN 2525-3409. Accessed on: 2024-05-15T13:37:34.

ANJOS, S. D. Juventudes e Cidadania: Rede Cuca e a campanha sobre os Direitos dos Jovens. 2015. ISSN 2175-4683.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência: Filosofia e Prática da Pesquisa**. Primeira. São Paulo: Editora Pioneira Thomson Learning, 2006.

ARAÚJO, L. A. D.; COSTA FILHO, W. M. D. O Estatuto da Pessoa com Deficiência-EPCD (Lei 13.146, de 06.07. 2015): algumas novidades. **Revista dos Tribunais** | vol, v. 962, n. 2015, p. 65-80, 2015.

ARAÚJO, M.; MENDES, Á. Eficiência na atenção à saúde no SUS: revisão para uma crítica às recomendações do Banco Mundial. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 14, n. spec, p. e019, 09/23 2022. Available at: < <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1230> >. Accessed on: 2024/06/07.

ARAÚJO, L. D. S. Entre holofotes e fracassos: a experiência do Programa Ronda do Quarteirão no Ceará. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, v. 13, n. 1, p. 76-94, 09/20 2019. Available at: < <https://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/1059> >. Accessed on: 2024/06/07.

ARAÚJO, T. B. et al. ARRETADAS: RELATO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE UM APLICATIVO MÓVEL COM FOCO NO COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.

ARIAPOORAN, S.; AHADI, B.; KHEZELI, M. Depression, anxiety, and suicidal ideation in nurses with and without symptoms of secondary traumatic stress during the COVID-19 outbreak. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 37, p. 76-81, 2022-04-01 2022. ISSN 0883-9417. Accessed on: 2023-02-20T21:04:02.

ASSOCIAÇÃO; PSIQUIATRIA, B. D. Campanha

Setembro Amarelo: Prevenção ao Suicídio., 2024. Available at: < <https://www.setembroamarelo.com> >. Accessed on: 20/02/2024.

ASSOCIAÇÃO; PÚBLICOS, N. D. T. **Campanhas**

**educativas e redução da violência no trânsito.** São Paulo 2020.

BALL, C. A.; KURTZ, A. M.; REED, T. Evaluating Violent Person Management Training for Medical Students in an Emergency Medicine Clerkship. **Southern medical journal**, v. 108, n. 9, p. 520-523, 2015. ISSN 0038-4348.

BARBOSA, V. M. D. S. O mecanismo de um grupo de perfis no Instagram na disseminação do discurso fascista no Brasil de janeiro de 2023 até a invasão do congresso nacional. 2023.

BARBOZA, S. I. S.; COSTA, F. J. D. Marketing social para doação de sangue: análise da predisposição de novos doadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1463-1474, 2014-07-01 2014. ISSN 0102-311X. Accessed on: 2023-07-14T21:08:34.

BARCELOS, P. E. L.; CAVALCANTI DE AGUIAR, A. A comunicação sobre HIV nas práticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)- Brasil. **REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD**, p. 100-111, 11/12 2019. Available at: < <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4473> >. Accessed on: 2023/07/17.

BARREIRA, C.; BASTOS RUSSO, M. O Ronda do Quarteirão – relatos de uma experiência. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, v. 6, n. 2, p. 283-296, 09/01 2012. Available at: < <https://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/121> >. Accessed on: 2024/06/07.

BARROS, J. C. M. D.; SAUERBRONN, J. F. R. Marketing Social como Estratégia para o Controle do Tabagismo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 3, 2021-05-31 2021. ISSN 2176-9745. Accessed on: 2023-07-14T21:05:50.

BARROS, R. L. D. M. et al. Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 793-804, 2019. ISSN 0103-1104.

BERNASKI, J.; SOCHODOLAK, H. História da violência e sociedade brasileira. **Oficina do Historiador**, v. 11, n. 1, p. 43-60, 2018. ISSN 2178-3748.

BORBUREMA, T. L. R. et al. Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-13, 10/10 2017. Available at: < <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1460> >. Accessed on: 2024/06/07.

BOUDREAU, E. D. et al. Evaluating and selecting mobile health apps: strategies for healthcare providers and healthcare organizations. **Translational behavioral medicine**, v. 4, n. 4, p. 363-371, 2014. ISSN 1869-6716.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU 16.07.90 1990.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Revista de Saúde Pública. 34: 427-430 p. 2000.

\_\_\_\_\_. **As cartas da Promoção da Saúde**. SAÚDE, M. D. Brasília: Ministério da Saúde: 56p. p. 2002.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: 60 p. 2006.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília - DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica 2012.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da juventude: atos internacionais e normas correlatas**. SENADO FEDERAL. SECRETARIA DE EDITORAÇÃO E PUBLICAÇÕES, C. D. E. T. Brasília: 103 p. 2013

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM n 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde: 36 p. 2015.

BRASIL, F. B. D. Não É Brincadeira, É Violência. 2025. Available at: < <https://transforma.fbb.org.br> >. Accessed on: 20/02/2025.

BRASIL, M. D. S. D. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. SUS, D. D. M. E. A. D. 1: 58 p. 2016.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** SAÚDE, D. D. G. D. E. N. 1: 78 p. 2018a.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. SAÚDE, D. D. V. D. D. E. A. N. T. E. P. D. 1: 42 p. 2018b.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: indicadores de saúde e mercado de trabalho entre os adultos brasileiros**. Brasília, DF: IBGE 2020.

\_\_\_\_\_. **PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL 2021-2030**. TRANSMISSÍVEIS, D. D. A. E. S. E. V. D. D. N. 1: 120 p. 2021.

BÁRCENA, A. et al. La ineficiencia de la desigualdad. **Santiago de Chile: Cepal**, 2018.

CALDERON-ANYOSA, R. J. C.; BILAL, U.; KAUFMAN, J. S. Variation in Non-external and External Causes of Death in Peru in Relation to the COVID-19 Lockdown. In: (Ed.). **Yale J Biol Med**: ©2021, Yale Journal of Biology and Medicine., v.94, 2021. p.23-40. ISBN 1551-4056 (Electronic)

0044-0086 (Print)

0044-0086 (Linking).

CAMPOS et al. **Saúde**

**pública e educação popular: desafios e perspectivas.**: Saúde e Sociedade. 25: 17-24 p. 2016.

CEARÁ, G. D. **CEARÁ PACÍFICO EM AÇÃO**. 1: 88 p. 2017.

CEARÁ, G. D. E. D. **Programa Integrado de Prevenção e Redução da Violência PReVio - Estado do Ceará**. VICE-GOVERNADORIA. 1: 27 p. 2024.

CEARÁ, S. E. D. A. P. E. P. D. S. D. **Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência**. SAÚDE, C. D. P. E. G. D. C. I. À. 1 2023.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2019**. Brasília: IPEA 2019.

\_\_\_\_\_. Atlas da violência 2017. 2017.

CERQUEIRA, D. E. A. **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP 2021.

CERQUEIRA, D. R. D. C.; BUENO, S. Atlas da violência 2020. In: (Ed.). **Atlas da violência 2020**, 2020. p.91-91.

CERQUEIRA, D. R. D. C. C. et al. Atlas da violência 2021. 2021.

CHAGAS, E. R.; OLIVEIRA, F. V. A. D.; MACENA, R. H. M. Mortalidade por violência contra mulheres antes e durante a pandemia de Covid-19. Ceará, 2014 a 2020. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 63-75, 2022. ISSN 0103-1104.

COELHO et al. **Notificação da violência intrafamiliar por profissionais de saúde: um desafio para a atenção básica à saúde**.: Saúde e Sociedade. 18: 27-35 p. 2009.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1523-1531, 2009.

CONNOLLY, L. J. et al. Effects of self-paced interval and continuous training on health markers in women. **European journal of applied physiology**, v. 117, p. 2281-2293, 2017. ISSN 1439-6319.

CORDEIRO, R. et al. A violência urbana é a maior causa de acidente de trabalho fatal no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p. -, 2017. ISSN 1518-8787.

CORIOLANO-MARINUS, M. W. D. L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, 2014. ISSN 0104-1290.

COSTA, D. K. G. D. et al. Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 79-95, 2015. ISSN 1678-1007.

CRUZ, J. M.; CARRANZA, M. Pandillas y políticas públicas: el caso de El Salvador. **Juventudes, violencia y exclusión. Desafíos para las políticas públicas**, p. 133-176, 2006.

DA COSTA MARINHO, R. A. Q.; AGUIAR, R. S. A atenção primária como eixo estruturante da redução dos indicadores de violência contra crianças e adolescentes. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 8, n. 2, p. 228-241, 2019. ISSN 2179-0981.

DA CUNHA MOREIRA, A.; DA SILVA, T. A. S. M. Cuidados de enfermagem as vítimas de violências interpessoais na atenção básica. **Revista Pró-univerSUS**, v. 10, n. 1, p. 42-46, 2019. ISSN 2179-8931.

DA SILVA, E. C.; MAZZON, J. A. Revisitando o Marketing Social. **Revista Brasileira de Marketing**, v. 17, n. 6, p. 806-820, 2018-09-20 2018. ISSN 2177-5184. Accessed on: 2024-05-11T13:29:29.

DA SILVA SANTANA, J.; DE SOUZA, L. R. IMPLEMENTAÇÃO DE UM APLICATIVO DE COMUNICAÇÃO ANÔNIMA ENTRE ALUNO E ESCOLA: UM MECANISMO DE COMBATE À VIOLÊNCIA ESCOLAR. **Anais dos Seminários de Iniciação Científica**, n. 25, 2021. ISSN 2595-0339.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. suppl, p. 1163-1178, 2006-01-01 2006. ISSN 1413-8123. Accessed on: 2023-08-13T13:56:16.

\_\_\_\_\_. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006. ISSN 1413-8123.

DAMASCENO, R. L. et al. Me socorra: aplicativo de violência contra a mulher em período pandêmico. 2021.

DEMO, M. L. O.; ORTH, L. C.; MARCON, C. E. M. Brazil's health-care system. **Lancet**, v. 394, n. 10213, p. 1992, Nov 30 2019. ISSN 0140-6736.

DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 2949-2959, 2021-08-01 2021. ISSN 1678-4561. Accessed on: 2024-05-15T13:36:29.

DOSSI, A. P. et al. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1939-1952, 2008. ISSN 0102-311X.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020. ISSN 1414-3283.

EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, 2018. ISSN 1413-8123.

EISENHUT, K. et al. Mobile applications addressing violence against women: a systematic review. **BMJ global health**, v. 5, n. 4, p. e001954, 2020. ISSN 2059-7908.

FEDERAL, S. Estatuto do idoso. **Brasília (DF): Senado Federal**, 2003.

FERREIRA, C. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada a educação nos cursos de saúde. **Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde**, 2015. ISSN 2446-5364.

FERREIRA, C. C.; BESSA, T. D. A. V. WOMANLY: um aplicativo mobile no combate e prevenção à violência de gênero. 2020.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, 2015. ISSN 1413-8123.

FIOCRUZ. Atendimento Humanizado a Vítimas de Violência. 2024. Available at: < <https://www.fiocruz.br/podcasts> >. Accessed on: 15/12/2024.

FIORINI, V. R.; BOECKEL, M. G. Violência interpessoal e suas repercussões na saúde em um hospital de pronto-socorro. **Psico-USF**, v. 26, p. 129-140, 2021. ISSN 1413-8271.

FLASCO, B. Mapa da Violência- Série de estudos | Flacso. 2018. Available at: < <http://flacso.org.br/?project=mapa-da-violencia> >.

FLETCHER-BROWN, J.; PEREIRA, V.; NYADZAYO, M. W. Health marketing in an emerging market: The critical role of signaling theory in breast cancer awareness. **Journal of Business Research**, v. 86, p. 416-434, 2018-05-01 2018. ISSN 0148-2963. Accessed on: 2023-07-14T21:16:21.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Editora Paz e terra, 2014. ISBN 8577532267.

FREITAS, R. J. M. D. et al. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. **HU rev**, p. 91-97, 2017.

GADELHA, J. W. D. N. A Rede Cuca em Fortaleza-CE como política pública gratuita de caráter socioeducativo destinada às juventudes. 2023.

GALTUNG, J. Peace by peaceful means: Peace and conflict, development and civilization. 1996.

GARCÍA-HUIDOBRO, D. et al. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e160, 2018. Available at: < <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160> >.

GEREMIA, D. S. **Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial**: SciELO Public Health. 30: e300100 p. 2020.

GHIMIRE, C. et al. Interpersonal Violence during the COVID-19 Lockdown Period in Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. In: (Ed.). **JNMA J Nepal Med Assoc**, v.58, 2020. p.751-757. ISBN 1815-672X (Electronic)

0028-2715 (Print)

0028-2715 (Linking).

GILLESPIE, G. L. A workplace violence educational program: a repeated measures study. **Nurse Education in Practice**, v. 14, n. 6, p. 589–593, 2014.

GILLESPIE, G. L.; FARRA, S. L.; GATES, D. M. A workplace violence educational program: A repeated measures study. **Nurse education in practice**, v. 14, n. 5, p. 468-472, 2014. ISSN 1471-5953.

GONSALVES, E.; SCHRAIBER, L. B. Intersetorialidade e Atenção Básica à Saúde: a atenção a mulheres em situação de violência. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 958-969, 2021. ISSN 0103-1104.

GONÇALVES, M. J. R.; DE OLIVEIRA, C. C. Análise da Política Pública Acerca das Unidades De Pronto Atendimento–(UPAs). **Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**, v. 6, n. 22, p. 04-13, 2015. ISSN 2178-2008.

GRIER et al. **Social**

**marketing in public health**. : Annual Review of Public Health. 26: 319-339 p. 2015.

GRIER, S.; BRYANT, C. A. Social marketing in public health. **Annu. Rev. Public Health**, v. 26, p. 319-339, 2005. ISSN 0163-7525.

GRIFFITHS, J.; BLAIR-STEVENS, C.; PARISH, R. The integration of health promotion and social marketing. **Perspectives in Public Health**, v. 129, n. 6, p. 268-271, 2009. ISSN 1757-9139.

HELLER, S. B. Summer jobs reduce violence among disadvantaged youth. **Science**, v. 346, n. 6214, p. 1219-23, Dec 5 2014. ISSN 0036-8075.

HILASACA-MAMANI, M. et al. **BRAZILIAN TRANSLATION AND ADAPTATION OF THE QUESTIONNAIRE D'ALIMENTATION**. Tradução e adaptação brasileira do Questionnaire D'alimentation. Campinas SP: Revista CEFAC. 17: 1929-1938 p. 2015.

HUME, M. **The politics of violence: Gender, conflict and community in El Salvador**. Wiley-Blackwell, 2009. ISBN 1405192267.

JOIA, L. A.; SOARES, C. D. Social media and the trajectory of the “20 Cents Movement” in Brazil: An Actor-Network Theory-based investigation. **Telematics and Informatics**, v. 35, n. 8, p. 2201-2218, 2018/12/01/ 2018. ISSN 0736-5853. Available at: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736585318303277> >.

KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. 2008 2008. Available at: < <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/23601> >.

KIRST, C.; DARSIE, C. Notas sobre a saúde pública, a saúde coletiva e o estabelecimento e funcionamento do Sistema Unico de Saúde. **Asklepion: Informação em Saúde**, v. 1, n. 2, p. 91-112,

10/25 2021. Available at: < <https://www.asklepionrevista.info/asklepion/article/view/21> >. Accessed on: 2024/06/07.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015-06-01 2015. ISSN 0103-7331. Accessed on: 2022-07-13T23:30:10.

KOTLER et al. **Social marketing: influencing behaviors for good** 2008.

KOTLER, P.; ZALTMAN, G. Social marketing: an approach to planned social change. **Journal of marketing**, v. 35, n. 3, p. 3-12, 1971. ISSN 0022-2429.

KRONEMBERGER, D. M. P. Os desafios da construção dos indicadores ODS globais. **Ciência e Cultura**, v. 71, n. 1, p. 40-45, 2019-01-01 2019. ISSN 2317-6660. Accessed on: 2024-05-15T13:32:59.

KRUG, E. G. et al. World report on violence and health. 2003 2003. Available at: < <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/725> >.

\_\_\_\_\_. The world report on violence and health. **Lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002a. Available at: < <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0037027030&doi=10.1016%2fS0140-6736%2802%2911133-0&partnerID=40&md5=25e5635e7cecbadd38e6681e2ad626cd> >.

\_\_\_\_\_. The world report on violence and health. **Lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-8, Oct 5 2002b. ISSN 0140-6736 (Print)

0140-6736.

\_\_\_\_\_. The world report on violence and health. **The lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002. ISSN 0140-6736.

LEFEBVRE, R. C. Lefebvre, R. C. (2013). Chapter 1: The history and domains of social marketing. From R.C. Lefebvre, Social marketing and social change: Strategies and tools for improving health, well-being and the environment. San Francisco, CA: Jossey-Bass. In: (Ed.), 2013. p.1-32. ISBN 9780470936849.

LEITE, A. D. C.; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: Predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2059, 11/29 2019. Available at: < <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2059> >. Accessed on: 2023/08/23.

LEMOS, Y. V. et al. Epidemiological and toxicological profile of homicide victims in a legal medicine unit in Brazil. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 65, p. 55-60, 2019. Available at: < <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85065622612&doi=10.1016%2fj.jflm.2019.05.008&partnerID=40&md5=ebc4b1bd076dce6b3d3de6266844b799> >.

**Ley nº 1448 de 2011: Ley de víctimas y restitución de tierras.** Bogotá: Diario Oficial de la República de Colombia 2011.

LIAO, C.-H. Evaluating the Social Marketing Success Criteria in Health Promotion: A F-DEMATEL Approach. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 17, p. 6317, 2020-08-31 2020. ISSN 1660-4601. Accessed on: 2024-05-11T13:45:21.

LIMA, J. L. R. Rede Cuca de Fortaleza e o desenvolvimento de competências socioemocionais em atividades extraclasse. 2021.

LOMBARDO, A. P.; LÉGER, Y. A. Thinking about “Think Again” in Canada: Assessing a social marketing HIV/AIDS prevention campaign. **Journal of Health Communication**, v. 12, n. 4, p. 377-397, 2007. ISSN 1081-0730.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986. ISSN 0029-6562.

MAGALHÃES, B. D. C. et al. “EMPODEREENF”: construction of an application for nurses’ continuing education on psychological violence against women. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022. ISSN 0034-7167.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. suppl 1, p. 142-156, 2017-05-01 2017. ISSN 1980-5497. Available at: < [http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/en\\_1980-5497-rbepid-20-s1-00142.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/en_1980-5497-rbepid-20-s1-00142.pdf) >. Accessed on: 2021-10-02T17:29:09.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** atlas, 2003. ISBN 8597010126.

MARQUES, E. S. et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. ISSN 0102-311X.

MENDES, R.; AKERMAN, M. **Intersectorialidade: reflexões e práticas** 2007.

MENDONÇA, C. S. et al. Violence and Primary Health Care in Brazil: an integrative literature review. **Cien Saude Colet**, v. 25, n. 6, p. 2247-2257, Jun 2020. ISSN 1413-8123.

MFDP, T. et al. Validação de conteúdo de instrumento para o ensino do processo de enfermagem em sala de recuperação pós-anestésica. 2021.

MILES, T. P. Reducing Disparities by Restructuring Health Care: Brazil's Family Health System Shows the Way! In: (Ed.). **Am J Public Health**. United States, v.111, 2021. p.762-764. ISBN 1541-0048 (Electronic)

0090-0036 (Print)

0090-0036 (Linking).

MINAYO, M. C. D. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. suppl 1, p. S7-S18, 1994-01-01 1994. ISSN 0102-311X. Accessed on: 2021-09-26T20:43:00.

\_\_\_\_\_. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, 2005. ISSN 0100-5502.

\_\_\_\_\_. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2006a. ISSN 1413-8123. Available at: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000500015&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015&nrm=iso) >.

\_\_\_\_\_. **Violência e saúde**. Editora Fiocruz, 2006b. ISBN 8575410946.

MINAYO, M. C. D. S.; PINTO, L. W.; SILVA, C. M. F. P. D. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & saúde coletiva**, v. 27, p. 3701-3714, 2022. ISSN 1413-8123.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Editora Fiocruz, 2006. ISBN 8575410946.

MINISTÉRIO; DA MULHER, D. F. E. D. D. H., BRASIL. **Campanha**

**Agosto Lilás**. Brasília 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, B. **Manual**

**de estratégias IEC em saúde**. Brasília 2019.

\_\_\_\_\_. Equidade SUS. 2025. Available at: < <https://www.saude.gov.br/equidade-sus> >. Accessed on: 20/02/2025.

MIRANDA, W. D. D. et al. Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00119022, 2023. ISSN 0102-311X.

MISHORI, R. et al. mJustice: preliminary development of a mobile app for medical-forensic documentation of sexual violence in low-resource environments and conflict zones. **Global Health: Science and Practice**, v. 5, n. 1, p. 138-151, 2017. ISSN 2169-575X.

MORRISON et al. **Designing effective instruction** 2010.

MPCE. **Violência sexual contra crianças e adolescentes - O silêncio que destrói infâncias**. Ceará: MPCE: 34 p. 2021.

NASCIMENTO, S. D. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, p. 95-120, 2010. ISSN 0101-6628.

NOGUEIRA, M. C. B. O impacto da pandemia de covid-19 no contexto de violações de direitos atendidas no CREAS sede em Caucaia/CE. 2022.

NUTBEAM, D. et al. Health Promotion Glossary 2021. **Health Promotion International**, v. 36, n. 6, p. 1578-1598, 2021. ISSN 0957-4824. Available at: < <https://academic.oup.com/heapro/article-pdf/36/6/1578/41910882/daaa157.pdf> >.

ODORCIK, B. et al. Violência doméstica à mulher: percepção e abordagem profissional na atenção básica na pandemia de Covid-19. **Rev. enferm. UFSM**, p. e74-e74, 2021.

OKINO, G. M. A. Girassóis: projeto piloto de aplicativo colaborativo de combate à violência contra a mulher. 2018.

OLIVEIRA, A. L. S. D.; LUNA, C. F.; SILVA, M. G. P. D. Homicídios do Brasil na última década: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, 2020. ISSN 1413-8123.

OLIVEIRA, D. C. N. et al. [Intersectorality and health in state public security and violence prevention policies in Brazil]. **Cien Saude Colet**, v. 27, n. 4, p. 1301-1316, Apr 2022. ISSN 1413-8123.

OLIVEIRA, D. C. N. D. et al. Intersectorialidade e saúde nas políticas estaduais de segurança pública e de prevenção à violência no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1301-1316, 2022. ISSN 1413-8123.

OLIVEIRA, F. V. A. D. et al. Tendência temporal dos homicídios no Ceará, antes e durante a pandemia de Covid-19. 2022.

OLIVEIRA, M. A. D. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013-09-01 2013. ISSN 0034-7167. Accessed on: 2023-08-17T21:41:51.

OLIVEIRA, S. R. D. A.; POTVIN, L.; MEDINA, M. G. Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. **Saúde em Debate**, v. 39, 2015. ISSN 0103-1104.

OMS. **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde**. SAÚDE, O. M. D. Genebra: Suíça 2002.

OMS, O. M. D. S. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência**. PAULO, N. D. E. D. V. D. U. D. S. 2014.

ONU. THE 17 GOALS | Sustainable Development. 2023. Available at: < <https://sdgs.un.org/goals> >.

OPAS. Descritores em Ciências da Saúde. p. DeCS/MeSH, 2023. Accessed on: 04/08/2023.

ORGANIZAÇÃO; SAÚDE, M. D. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde** 2020.

PAGANI, B. B. et al. Desenvolvimento de Aplicativo para DENúncia e Orientação ao Combate à Violência Doméstica (DOCVD). 2022.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 165-181, 2003.

\_\_\_\_\_. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 43, 2019. ISSN 0103-1104.

PAIM, J. S.; COSTA, H. O.; VILASBÔAS, A. L. [Public policy to control violence: a case study in Salvador, Bahia State, Brazil]. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 3, p. 485-94, Mar 2009. ISSN 0102-311x.

PAIVA, L. F. S. "AQUI NÃO TEM GANGUE, TEM FACÇÃO": as transformações sociais do crime em Fortaleza, Brasil. **Caderno crh**, v. 32, p. 165-184, 2019. ISSN 0103-4979.

PAPA, P. A.; RECTOR, C.; STONE, C. Interdisciplinary collaborative training for school-based health professionals. **Journal of School Health**, v. 68, n. 10, p. 415-419, 1998. ISSN 0022-4391.

PARODI, A. C.; GAMA, R. R. **Lei Maria da Penha: comentários à Lei no. 11.340/2006**. Russell, 2009. ISBN 8589251888.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. suppl 1, p. 701-708, 2009-01-01 2009. ISSN 1414-3283. Accessed on: 2024-05-15T13:42:07.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Artmed Editora, 2009. ISBN 8536322527.

\_\_\_\_\_. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Editora Vozes Limitada, 2017. ISBN 8532656129.

PINKNEY, E.; WONG, H. F.; WONG, P. F. Social marketing in health promotion and behaviours in lifestyle modification. **Primary Care Revisited: Interdisciplinary Perspectives for a New Era**, p. 277-294, 2020. ISSN 981152520X.

PINTO, L. A. et al. Valores em serviços de policiamento comunitário: o Programa Ronda do Quarteirão sob a ótica da teoria da cadeia de meios e fins. **Revista de Administração Pública**, v. 46, 2012. ISSN 0034-7612.

PORTO, R. T. S.; BISPO JÚNIOR, J. P.; LIMA, E. C. D. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 787-807, 2014. ISSN 0103-7331.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, 2018. ISSN 1414-3283.

PROVOST, S. et al. A realist review of violence prevention education in healthcare. *Healthcare*, 2021, MDPI. p.339.

PROVOST, S. C. A Realist Review of Violence Prevention Education in Healthcare. **Healthcare**, v. 9, n. 1, 2021.

QUADRADO, J. C.; FERREIRA, E. D. S. Ódio e intolerância nas redes sociais digitais. **Revista Katálisis**, v. 23, n. 3, p. 419-428, 2020-12-01 2020. ISSN 1982-0259. Accessed on: 2023-08-13T13:23:02.

RAWAT, D. et al. Impact of COVID-19 outbreak on lifestyle behaviour: A review of studies published in India. In: (Ed.). **Diabetes Metab Syndr**: © 2021 Diabetes India. Published by Elsevier Ltd, v.15, 2021. p.331-336. ISBN 1878-0334 (Electronic)

1871-4021 (Print)

1871-4021 (Linking).

REDE; SAÚDE, F. D. Viva Mulher. 2025. Available at: < <https://www.redefeminista.org/viva-mulher> >. Accessed on: 20/02/2025.

REICHENHEIM, M. E. et al. Saúde no Brasil 5 Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60053-6, 2015.

REID, S. A.; GLASSER, M. Primary care physicians' recognition of and attitudes toward domestic violence. **Academic Medicine**, v. 72, n. 1, p. 51-3, 1997. ISSN 1040-2446.

ROBERT, D. F.; DEVELLIS, C. Scale development: Theory and applications. **Journal of International Academic Research**, v. 10, n. 2, p. 23-41, 2003.

RODRIGUES, P. S. et al. AS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO À VIOLENCIA INFANTIL: REVISÃO INTEGRATIVA. **REVISTA FOCO**, v. 16, n. 3, p. e1247-e1247, 2023. ISSN 1981-223X.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. 7ª. 2013, 2013. 736.

SACRAMENTO, L. D. T. E.; REZENDE, M. M. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, p. 95-104, 2006. ISSN 1413-0394. Available at: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942006000300009&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300009&nrm=iso) >.

SALCI, M. A. et al. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, 2013. ISSN 0104-0707.

SANTOS, A. L. C. OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODSs), POLÍTICAS PÚBLICAS DE MITIGAÇÃO DA VIOLÊNCIA E O DIREITO À CIDADE SEGURA. **Revista de Direito da Cidade**, v. 13, 2021. ISSN 2317-7721.

SARABIA, S. Violencia: una prioridad de la salud pública. **Revista de Neuro-Psiquiatria**, v. 81, p. 1-2, 2018. ISSN 0034-8597. Available at: < [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972018000100001&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000100001&nrm=iso) >.

SOARES, F. C.; STAHNKE, D. N.; LEVANDOWSKI, M. L. Tendência de suicídio no Brasil de 2011 a 2020: foco especial na pandemia de covid-19. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, 2022. ISSN 1680-5348. Available at: < [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v46/1020-4989-rpsp-1680-5348-e212.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v46/1020-4989-rpsp-1680-5348-e212.pdf) >.

SOUZA, E. R. D.; MINAYO, M. C. D. S. Segurança pública num país violento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00036217, 2017. ISSN 0102-311X.

STARFIELD, B. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde: 726 p. 2002.

SULIANO, D. C.; OLIVEIRA, J. L. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA RONDA DO QUARTEIRÃO NA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA (CEARÁ). **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, v. 7, n. 2, p. 52-67, 10/08 2015. Available at: < <https://revistaaber.org.br/rberu/article/view/68> >. Accessed on: 2024/06/07.

SVENKERUD, P. J.; SINGHAL, A. Enhancing the effectiveness of HIV/AIDS prevention programs targeted to unique population groups in Thailand: Lessons learned from applying concepts of diffusion of innovation and social marketing. **Journal of Health Communication**, v. 3, n. 3, p. 193-216, 1998. ISSN 1081-0730.

TASCA, R. et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 2020-01-06 2020. ISSN 1020-4989. Accessed on: 2023-07-14T21:03:21.

TAVARES, O. et al. **Comunicação em saúde: desafios e perspectivas no contexto atual**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2021.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 27-53, 2006-02-01 2006. ISSN 0034-7612. Accessed on: 2023-08-13T13:19:29.

TRINDADE, C. S. et al. Processo de construção e busca de evidências de validade de conteúdo da equalis-OAS. **Avaliação Psicológica**, v. 17, n. 2, p. 271-277, 2018. ISSN 1677-0471.

TRINDADE, R. F. C. D. et al. Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 748-755, 2015. ISSN 1980-220X.

UFCSPA. Projeto Farfalle. 2024. Available at: < <https://www.ufcspa.edu.br/farfalle> >. Accessed on: 13/12/2024.

UFMG. Desafios e Estratégias na Abordagem do Problema da Violência pela Equipe de Saúde da Família. 2024. Available at: < <https://www.ufmg.br/podcasts> >. Accessed on: 13/12/2024.

UFPB. Caixa de Pandora - Jogo Educativo. 2022. Available at: < <https://www.ufpb.br/> >.

UFSC. Programa de Enfrentamento à Violência – Direitos Humanos, Saúde e Educação. Available at: < <https://www.ufsc.br/programa-violencia> >. Accessed on: 20/12/2024.

VASCONCELLOS-SILVA et al. **Saúde coletiva: Comunicação, tecnologia e interações sociais.**: Cadernos de Saúde Pública. 33 2017.

VIEIRA, L. J. E. D. S. et al. Impacto da violência na saúde de famílias em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1773-1779, 2009. ISSN 1413-8123.

VILA, A. C. D.; VILA, V. D. S. C. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 1177-1183, 2007. ISSN 1518-8345.

WALSH, D. C. et al. Social marketing for public health. **Health affairs**, v. 12, n. 2, p. 104-119, 1993. ISSN 0278-2715.

WANDERBROOKE, A. C.; MORÉ, C. Significados de violência familiar para idosos no contexto da atenção primária. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, 2012. ISSN 0102-3772.

WANDERBROOKE, A. C. N. D. S.; MORÉ, C. L. O. O. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 2513-2522, 2013. ISSN 0102-311X.

WATSON-THOMPSON, J. et al. Together Helping Reduce Youth Violence for Equity (ThrYve): Examining the Development of a Comprehensive Multisectoral Approach to Youth Violence Prevention. **Am J Community Psychol**, v. 66, n. 3-4, p. 244-255, Dec 2020. ISSN 0091-0562.

WHO, W. H. O. OMS | Prevención de la violencia. **WHO**, 2016-03-18 11:12:58 2016. Available at: < [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/es/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/es/) >.

WILSON, D. K. et al. The Results of the "Positive Action for Today's Health" (PATH) Trial for Increasing Walking and Physical Activity in Underserved African-American Communities. In: (Ed.). **Ann Behav Med**, v.49, 2015. p.398-410. ISBN 1532-4796 (Electronic)

0883-6612 (Print)

0883-6612 (Linking).

YANG, Y. T.; SILVERMAN, R. D. Mobile health applications: the patchwork of legal and liability issues suggests strategies to improve oversight. **Health affairs**, v. 33, n. 2, p. 222-227, 2014. ISSN 0278-2715.

ZANELLO, V. Violência contra mulher: o que os profissionais de saúde têm a ver com isso? , 2020. Available at: < [https://www.youtube.com/watch?v=K90yEXF\\_Unc](https://www.youtube.com/watch?v=K90yEXF_Unc) >. Accessed on: 20/02/2025.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ORIGINAL VOZES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO E NO MANEJO DA VIOLÊNCIA

### Bloco 1 – Perfil Profissional e Formação

1. Qual é sua profissão atual?  
 Médico(a)  
 Enfermeiro(a)  
 Técnico(a) de Enfermagem  
 Agente Comunitário de Saúde  
 Outro: \_\_\_\_\_
2. Idade:  
 Menos de 25 anos  
 25–34 anos  
 35–44 anos  
 45–54 anos  
 55 anos ou mais
3. Gênero:  
 Masculino  
 Feminino  
 Outro: \_\_\_\_\_  
 Prefiro não responder
4. Há quanto tempo atua na Atenção Primária à Saúde?  
 Menos de 1 ano  
 1–3 anos  
 4–6 anos  
 7–10 anos  
 Mais de 10 anos
5. Já recebeu algum tipo de capacitação sobre identificação e notificação de casos de violência?  
 Sim  
 Não
6. Caso sim, quanto tempo durou a capacitação mais relevante?  
 Menos de 5 horas  
 Entre 5 e 10 horas  
 Mais de 10 horas
7. Você:

Já participou de outras formações (cursos, oficinas, palestras) sobre violência ou atendimento a vítimas?	Sim	Não
Você sente que tem apoio institucional para lidar com situações de violência?	Sim	Não
Já precisou registrar ou encaminhar um caso de violência envolvendo usuários?	Sim	Não

### Bloco 2 – Conhecimentos sobre Identificação e Repercussões

10. Qual a importância de identificar sinais de violência durante o atendimento?  
 Nenhuma  
 Baixa  
 Moderada  
 Alta
11. Quais tipos de violência devem ser obrigatoriamente notificados?  
 Violência física  
 Violência psicológica

- Violência sexual
  - Violência patrimonial
  - Outras: \_\_\_\_\_
12. Marque os sinais/sintomas de violência física:
    - Contusões, fraturas, queimaduras
    - Relato de dor recorrente sem causa clínica
    - Outros: \_\_\_\_\_
  13. Marque os sinais/sintomas de violência psicológica:
    - Isolamento social
    - Ansiedade ou depressão
    - Outros: \_\_\_\_\_
  14. A confidencialidade deve ser mantida em casos de suspeita de violência?
    - Sim, sempre
    - Depende da situação
    - Não
  15. Qual legislação rege a notificação obrigatória de casos de violência?
    - Lei Maria da Penha
    - ECA
    - Código Penal
    - Lei nº 10.778/2003
    - Não sei informar
  16. Quais consequências um profissional pode sofrer por não notificar um caso de violência?
    - Advertência
    - Sanções legais (multa/prisão)
    - Perda de vínculo empregatício
    - Não há consequências
  17. Barreiras mais comuns à denúncia (marque todas que se aplicam):
    - Medo de retaliação
    - Falta de conhecimento sobre os fluxos
    - Falta de apoio institucional
    - Burocracia/tempo insuficiente
  18. Como deve ser realizada a entrevista com uma vítima?
    - Com empatia, privacidade e escuta qualificada
    - De forma direta e breve
    - Com a presença de outros profissionais
    - Outra: \_\_\_\_\_

### **Bloco 3 – Conhecimento sobre Fluxos e Processos**

19. Em caso de suspeita de violência, qual o primeiro passo?
  - Registrar no prontuário e comunicar os órgãos responsáveis
  - Comunicar apenas à chefia imediata
  - Não registrar para evitar problemas
20. Canais disponíveis para denúncia (marque os que conhece):
  - disque 100
  - Conselho Tutelar
  - Delegacia da Mulher
  - Aplicativos oficiais
21. Procedimentos por perfil da vítima (marque os que conhece):
  - Crianças/adolescentes: Notificar Conselho Tutelar e SINAN
  - Idosos: Notificar rede de proteção e SINAN
  - Mulheres: Encaminhar à Delegacia da Mulher e registrar no SINAN
22. Já utilizou o sistema SINAN?
  - Sim
  - Não
23. Em sua opinião, o SINAN é:
  - Intuitivo e eficaz
  - Complexo, mas necessário
  - Pouco acessível
  - Desconhecido

24. Dificuldades no uso do SINAN (se aplicável):  
[ ] Falta de tempo  
[ ] Treinamento insuficiente  
[ ] Falta de suporte técnico
25. Você conhece redes de apoio às vítimas?  
( ) Sim  
( ) Um pouco  
( ) Não
26. Você se sente preparado(a) para orientar vítimas sobre serviços de apoio?  
( ) Sim ( ) Um pouco  
( ) Não
27. Como avalia sua capacidade atual de lidar com casos de violência?  
( ) Muito boa  
( ) Boa  
( ) Regular  
( ) Ruim

#### **Bloco 4 – Ferramentas de IEC e Atualização Profissional**

28. Que ferramentas digitais utiliza com frequência?  
[ ] Vídeos curtos  
[ ] Podcasts  
[ ] Jogos educativos  
[ ] Aplicativos de protocolos  
[ ] PDFs/artigos científicos  
[ ] Cursos online
29. Você utiliza ferramentas digitais para se atualizar sobre violência?  
( ) Sim  
( ) Não  
( ) Ainda não, mas gostaria
30. Quais ferramentas considera mais eficazes para este tema?  
[ ] Webinários  
[ ] Aplicativos com protocolos  
[ ] Manuais digitais  
[ ] Podcasts  
[ ] Simuladores/jogos
31. O que torna uma ferramenta educativa mais eficaz?  
[ ] Simplicidade de navegação  
[ ] Acesso offline  
[ ] Conteúdo direto e confiável  
[ ] Interatividade  
[ ] Baixo custo ou gratuito
32. Existe alguma ferramenta que você gostaria de aprender a usar? Qual?
33. O que você considera essencial para uma ferramenta ser acessível e eficaz para tratar de violência na APS?
- 
- 

#### **Bloco 5 – Avaliação Pessoal e Sugestões Finais**

34. Como você avalia sua eficácia no manejo de casos de violência?  
( ) Muito eficaz  
( ) Parcialmente eficaz  
( ) Pouco eficaz  
( ) Não sei avaliar
35. Você tem interesse em participar de capacitações futuras sobre o tema?  
( ) Sim  
( ) Não  
( ) Talvez
36. Deseja deixar alguma sugestão, comentário ou experiência sobre o tema?
-

## APÊNDICE B – TCLE DO INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO VOZES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO E NO MANEJO DA VIOLÊNCIA

### Título da Pesquisa:

### DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA: USO DO MARKETING SOCIAL NA MITIGAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Parte do projeto guarda-chuva: *Efeitos de um programa contínuo de ações de formação sobre promoção da saúde sobre conhecimentos e práticas de usuários, profissionais, acadêmicos das áreas da saúde e da educação*  
CAAE: 67830217.9.0000.5038

### Apresentação

Você está sendo convidado(a) a participar da etapa de **testagem de um questionário** que será aplicado na pesquisa acima, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de CAAE informado.

Esta etapa visa apenas avaliar a clareza, a adequação e a aplicabilidade das perguntas do questionário que será utilizado futuramente na pesquisa principal. Sua colaboração é essencial para garantir a qualidade científica do instrumento.

### Objetivo da Testagem

Avaliar a versão preliminar de um questionário com foco na promoção da saúde e na mitigação da violência, a ser aplicado a profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Esta testagem verificará se as perguntas são claras, compreensíveis e pertinentes à sua realidade profissional.

### Procedimentos

- Você responderá a um **questionário piloto autoadministrado**, que será disponibilizado digitalmente.
- Estimamos um tempo médio de **20 a 30 minutos** para o preenchimento.
- Nenhuma resposta será usada para análise dos resultados da pesquisa principal.
- Após o preenchimento, poderá ser solicitado(a) a fornecer sugestões de melhoria.

### Riscos e Benefícios

- **Não há riscos físicos ou psicológicos identificáveis** associados à participação nesta etapa.
- Não haverá **custos, pagamentos ou benefícios diretos** pela participação.
- Os resultados contribuirão para o aperfeiçoamento do questionário e para futuras ações formativas no SUS.

### Garantias Éticas

- A participação é **voluntária**, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.
- As informações fornecidas serão **anônimas e mantidas em sigilo absoluto**, utilizadas apenas para aprimorar o instrumento.
- Nenhuma informação pessoal será coletada ou associada às respostas.

### Contatos para esclarecimentos

- **Pesquisador responsável:** [Aaron Macena da Silva]  
E-mail: [tazrapofficial@gmail.com] | Telefone/WhatsApp: [85-989761336]
- **Comitê de Ética em Pesquisa** E-mail: [cep.unesa@estacio.br] | Telefone: [(21) 2206-9863]

## APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO VOZES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO E NO MANEJO DA VIOLÊNCIA

### Instruções para o Respondente

Prezado(a) profissional da saúde,

Você está sendo convidado(a) a colaborar com a etapa de **validação de um questionário** que será utilizado em uma pesquisa sobre ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) voltadas ao **atendimento de vítimas de violência na Atenção Primária à Saúde**.

Seu papel é fundamental para garantir a qualidade, clareza e aplicabilidade do instrumento. Responda com sinceridade, considerando sua experiência prática e compreensão durante o preenchimento.

### Bloco A – Dados da Testagem

1. Tempo total aproximado para concluir o questionário (em minutos): \_\_\_\_\_
2. Você encontrou alguma dificuldade para entender as instruções iniciais do questionário?  
( ) Sim  
( ) Não  
Se sim, explique: \_\_\_\_\_

### Bloco B – Avaliação por Seção do Questionário

Para cada bloco temático do questionário, assinale sua percepção em relação à **clareza, adequação da linguagem e pertinência ao seu contexto de trabalho na APS**. Utilize a escala abaixo:

#### Escala:

1 – Muito ruim | 2 – Ruim | 3 – Regular | 4 – Boa | 5 – Muito boa

#### 1. Perfil Profissional e Formação

**Critério** **Nota (1 a 5) Comentários e sugestões**

Clareza das perguntas

Adequação da linguagem

Pertinência para a realidade APS

#### 2. Conhecimento sobre Identificação e Repercussões da Violência

**Critério** **Nota (1 a 5) Comentários e sugestões**

Clareza das perguntas

Adequação da linguagem

Pertinência para a realidade APS

#### 3. Conhecimento sobre Fluxos e Processos de Denúncia

**Critério** **Nota (1 a 5) Comentários e sugestões**

Clareza das perguntas

Adequação da linguagem

Pertinência para a realidade APS

#### 4. Uso e Percepção sobre Ferramentas de IEC

**Critério** **Nota (1 a 5) Comentários e sugestões**

Clareza das perguntas

Adequação da linguagem

Pertinência para a realidade APS

### Bloco C – Acessibilidade e Usabilidade

1. O tamanho do texto e o formato do questionário foram adequados?  
( ) Sim  
( ) Não  
Observações: \_\_\_\_\_
2. A ordem das perguntas foi lógica e facilitou o entendimento?  
( ) Sim

- Não  
Sugestões de melhoria: \_\_\_\_\_
3. Algum termo, expressão ou conceito foi difícil de entender?  
 Sim  
 Não  
Quais? \_\_\_\_\_

**Bloco D – Sugestões Finais**

1. Você acrescentaria alguma pergunta ao questionário? Qual?
2. Você retiraria alguma pergunta? Qual?
3. Considerações gerais sobre a experiência de preencher este questionário (facilidade, linguagem, relevância, formato):

**Muito obrigado por sua colaboração!**

## APÊNDICE D – TCLE DO ESTUDO PILOTO/PRÉ-TESTE DO QUESTIONÁRIO VOZES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO E NO MANEJO DA VIOLÊNCIA

### Título da Pesquisa:

#### DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA: USO DO MARKETING SOCIAL NA MITIGAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Parte do projeto guarda-chuva: *Efeitos de um programa contínuo de ações de formação sobre promoção da saúde sobre conhecimentos e práticas de usuários, profissionais, acadêmicos das áreas da saúde e da educação*  
CAAE: 67830217.9.0000.5038

### Apresentação

Você está sendo convidado(a) a participar da etapa do **estudo piloto/testagem de um questionário** que será aplicado na pesquisa acima, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de CAAE informado. Esta etapa visa apenas avaliar a clareza, a adequação e a aplicabilidade das perguntas do questionário que será utilizado futuramente na pesquisa principal. Sua colaboração é essencial para garantir a qualidade científica do instrumento.

### Objetivo

Após a validação de conteúdo, o questionário foi submetido a pré-teste, com o objetivo de avaliar sua operacionalização prática, incluindo a clareza das instruções, a compreensão das perguntas, a fluidez do preenchimento, a lógica e a sequência dos blocos temáticos, bem como o tempo necessário para resposta. **Procedimentos**

- Você responderá a um **questionário piloto autoadministrado**, que será disponibilizado digitalmente.
- Estimamos um tempo médio de **20 a 30 minutos** para o preenchimento.
- Nenhuma resposta será usada para análise dos resultados da pesquisa principal.
- Após o preenchimento, poderá ser solicitado(a) a fornecer sugestões de melhoria.

### Riscos e Benefícios

- **Não há riscos físicos ou psicológicos identificáveis** associados à participação nesta etapa.
- Não haverá **custos, pagamentos ou benefícios diretos** pela participação.
- Os resultados contribuirão para o aperfeiçoamento do questionário e para futuras ações formativas no SUS.

### Garantias Éticas

- A participação é **voluntária**, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.
- As informações fornecidas serão **anônimas e mantidas em sigilo absoluto**, utilizadas apenas para aprimorar o instrumento.
- Nenhuma informação pessoal será coletada ou associada às respostas.

### Contatos para esclarecimentos

- **Pesquisador responsável:** [Aaron Macena da Silva]  
E-mail: [tazrapofficial@gmail.com] | Telefone/WhatsApp: [85-989761336]
- **Comitê de Ética em Pesquisa** E-mail: [cep.unesa@estacio.br] | Telefone: [(21) 2206-9863]

## APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO FINAL VOZES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO E NO MANEJO DA VIOLÊNCIA

### Bloco 1 – Perfil Profissional e Formação

8. Qual é sua profissão atual?
- Médico(a)
  - Enfermeiro(a)
  - Técnico(a) de Enfermagem
  - Agente Comunitário de Saúde
  - Outro: \_\_\_\_\_
9. Idade:
- Menos de 25 anos
  - 25–34 anos
  - 35–44 anos
  - 45–54 anos
  - 55 anos ou mais
10. Gênero:
- Masculino
  - Feminino
  - Outro: \_\_\_\_\_
  - Prefiro não responder
11. Há quanto tempo atua na Atenção Primária à Saúde?
- Menos de 1 ano
  - 1–3 anos
  - 4–6 anos
  - 7–10 anos
  - Mais de 10 anos
12. Já recebeu algum tipo de capacitação sobre identificação e notificação de casos de violência?
- Sim
  - Não
13. Caso sim, quanto tempo durou a capacitação mais relevante?
- Menos de 5 horas
  - Entre 5 e 10 horas
  - Mais de 10 horas
14. Você:

Já participou de outras formações (cursos, oficinas, palestras) sobre violência ou atendimento a vítimas?	Sim	Não
Você sente que tem apoio institucional para lidar com situações de violência?	Sim	Não
Já precisou registrar ou encaminhar um caso de violência envolvendo usuários?	Sim	Não

### Bloco 2 – Conhecimentos sobre Identificação e Repercussões

19. Qual a importância de identificar sinais de violência durante o atendimento?
- Nenhuma
  - Baixa
  - Moderada
  - Alta
20. Quais tipos de violência devem ser obrigatoriamente notificados? (Marque todas que se aplicam)
- Violência física
  - Violência psicológica
  - Violência sexual

- Violência patrimonial  
 Outras: \_\_\_\_\_
21. Marque os sinais/sintomas de violência (Marque todos que se aplicam):  
 Contusões, fraturas, queimaduras  
 Relato de dor recorrente sem causa clínica  
 Outros: \_\_\_\_\_
22. Marque os sinais/sintomas de violência psicológica (Marque todos que se aplicam):  
 Isolamento social  
 Ansiedade ou depressão  
 Outros: \_\_\_\_\_
23. A confidencialidade deve ser mantida em casos de suspeita de violência?  
 Sim, sempre  
 Depende da situação  
 Não
24. Qual legislação rege a notificação obrigatória de casos de violência?  
 Lei Maria da Penha  
 ECA  
 Código Penal  
 Lei nº 10.778/2003  
 Não sei informar
25. Quais consequências um profissional pode sofrer por não notificar um caso de violência?  
 Advertência  
 Sanções legais (multa/prisão)  
 Perda de vínculo empregatício  
 Não há consequências
26. Barreiras mais comuns à denúncia (Marque todas que se aplicam):  
 Medo de retaliação  
 Falta de conhecimento sobre os fluxos  
 Falta de apoio institucional  
 Burocracia/tempo insuficiente
27. Como deve ser realizada a entrevista com uma vítima?  
 Com empatia, privacidade e escuta qualificada  
 De forma direta e breve  
 Com a presença de outros profissionais  
 Outra: \_\_\_\_\_

### **Bloco 3 – Conhecimento sobre Fluxos e Processos**

28. Em caso de suspeita de violência, qual o primeiro passo?  
 Registrar no prontuário e comunicar os órgãos responsáveis  
 Comunicar apenas à chefia imediata  
 Não registrar para evitar problemas
29. Canais disponíveis para denúncia (Marque os que conhece):  
 Disque 100  
 Conselho Tutelar  
 Delegacia da Mulher  
 Aplicativos oficiais
30. Procedimentos por perfil da vítima (Marque os que conhece):  
 Crianças/adolescentes: Notificar Conselho Tutelar e SINAN  
 Idosos: Notificar rede de proteção e SINAN  
 Mulheres: Encaminhar à Delegacia da Mulher e registrar no SINAN
31. Já utilizou o sistema SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)?  
 Sim  
 Não
32. Em sua opinião, o SINAN é:  
 Intuitivo e eficaz  
 Complexo, mas necessário  
 Pouco acessível  
 Desconhecido
33. Dificuldades no uso do SINAN (Se aplicável):  
 Falta de tempo

- Treinamento insuficiente
- Falta de tempo
- Não conheço a ferramenta
- 34. Você conhece redes de apoio às vítimas?
  - Sim
  - Um pouco
  - Não
- 35. Você se sente preparado(a) para orientar vítimas sobre serviços de apoio?
  - Sim
  - Um pouco
  - Não
- 36. Como avalia sua capacidade atual de lidar com casos de violência?
  - Muito boa
  - Boa
  - Regular
  - Ruim

( )

#### **Bloco 4 – Ferramentas de IEC e Atualização Profissional**

- 34. Que ferramentas digitais utiliza com frequência? (Marque as que utiliza)
  - Vídeos curtos
  - Podcasts
  - Jogos educativos
  - Aplicativos de protocolos
  - PDFs/artigos científicos
  - Cursos online
- 35. Você utiliza ferramentas digitais para se atualizar sobre violência?
  - Sim
  - Não
  - Ainda não, mas gostaria
- 36. Quais ferramentas considera mais eficazes para este tema? (Marque as que considera mais eficazes)
  - Webinários
  - Aplicativos com protocolos
  - Manuais digitais
  - Podcasts
  - Simuladores/jogos
- 37. O que torna uma ferramenta educativa mais eficaz? (Marque todas que se aplicam)
  - Simplicidade de navegação
  - Acesso offline
  - Conteúdo direto e confiável
  - Interatividade
  - Baixo custo ou gratuito
- 38. Existe alguma ferramenta que você gostaria de aprender a usar? Qual?
- 39. O que você considera essencial para uma ferramenta ser acessível e eficaz para tratar de violência na APS?

---

---

#### **Bloco 5 – Avaliação Pessoal e Sugestões Finais**

- 37. Como você avalia sua eficácia no manejo de casos de violência?
    - Muito eficaz
    - Parcialmente eficaz
    - Pouco eficaz
    - Não sei avaliar
  - 38. Você tem interesse em participar de capacitações futuras sobre o tema?
    - Sim
    - Não
    - Talvez
  - 39. Deseja deixar alguma sugestão, comentário ou experiência sobre o tema?
- 
-

## APÊNDICE F – TCLE DO ESTUDO TRANSVERSAL

### **Título da Pesquisa:**

### **DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA: USO DO MARKETING SOCIAL NA MITIGAÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Parte do projeto guarda-chuva: *Efeitos de um programa contínuo de ações de formação sobre promoção da saúde sobre conhecimentos e práticas de usuários, profissionais, acadêmicos das áreas da saúde e da educação*

CAAE: 67830217.9.0000.5038

### **Apresentação**

Você está sendo convidado(a) a participar da etapa do **estudo descrito acima**.

### **Objetivo da Testagem**

Analisar o preparo, as necessidades formativas e o potencial de engajamento de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no manejo da violência.

### **Procedimentos**

- Você responderá a um **questionário piloto autoadministrado**, que será disponibilizado digitalmente.
- Estimamos um tempo médio de **20 a 30 minutos** para o preenchimento.
- Nenhuma resposta será usada para análise dos resultados da pesquisa principal.
- Após o preenchimento, poderá ser solicitado(a) a fornecer sugestões de melhoria.

### **Riscos e Benefícios**

- **Não há riscos físicos ou psicológicos identificáveis** associados à participação nesta etapa.
- Não haverá **custos, pagamentos ou benefícios diretos** pela participação.
- Os resultados contribuirão para o aperfeiçoamento do questionário e para futuras ações formativas no SUS.

### **Garantias Éticas**

- A participação é **voluntária**, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.
- As informações fornecidas serão **anônimas e mantidas em sigilo absoluto**, utilizadas apenas para aprimorar o instrumento.
- Nenhuma informação pessoal será coletada ou associada às respostas.

### **Contatos para esclarecimentos**

- **Pesquisador responsável:** [Aaron Macena da Silva]  
E-mail: [tazrapofficial@gmail.com] | Telefone/WhatsApp: [85-989761336]
- **Comitê de Ética em Pesquisa** E-mail: [cep.unesa@estacio.br] | Telefone: [(21) 2206-9863]

## APÊNDICE G – SIMULAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO VARIÁVEIS AMPLAMENTE UTILIZADAS EM ESTUDOS SOBRE O PERFIL DOS TRABALHADORES DA APS NO BRASIL

### Objetivo do Cálculo Amostral

Estimar o tamanho de amostra necessário para aplicação de um questionário autoadministrado online (Google Forms®), com **nível de confiança de 95%**, **margem de erro de 10%** e **proporção esperada de 50%**, considerando a **população total de 2.549 profissionais da APS**, distribuída conforme categorias profissionais para um estudo transversal, com aplicação única.

### 2. População-alvo total por categoria

<b>Categoria profissional</b>	<b>N (População)</b>
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	2.035
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	218
Enfermeiros	234
Médicos	62
<b>TOTAL</b>	<b>2.549</b>

### 3. Fórmula aplicada

**Cálculo para população finita (Barbetta, 2010; Luiz & Magnanini, 2000):**

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2} = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,10)^2} = \frac{0,9604}{0,01} = 96,04$$

$$n_{corr} = \frac{n}{1 + \left(\frac{n-1}{N}\right)} = \frac{96,04}{1 + \left(\frac{96,04}{2549}\right)} \approx \frac{96,04}{1,0373} = 92,6 \approx 93$$

Amostra mínima total necessária: 93 profissionais

Com 10% de perdas não respondentes:

$$93 + (93 \cdot 0,10) = 102,3 \approx \boxed{103}$$

Amostra mínima total necessária: 93 profissionais

Com 10% de perdas não respondentes: 103 profissionais

$$93 + (93 \cdot 0,10) = 102,3 \approx 103$$

### 4. Amostragem Estratificada Proporcional por Categoria

<b>Categoria</b>	<b>N (%)</b>	<b>Amostra proporcional (n=103)</b>
ACS	2.035 (79,8%)	82
Técnicos/Aux. Enfermagem	218 (8,6%)	9
Enfermeiros	234 (9,2%)	10
Médicos	62 (2,4%)	2
<b>TOTAL</b>	<b>2.549</b>	<b>103</b>

### Referências:

- Barbetta, Pedro A. *Estatística aplicada às ciências sociais* (2010)
- Luiz & Magnanini. *Tamanho da amostra em investigações epidemiológicas* (2000)
- Hulley et al. *Delineando a pesquisa clínica* (2015)

## **ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Efeitos de um programa contínuo de ações de formação sobre promoção da saúde sobre conhecimentos e práticas de usuários, profissionais, acadêmicos das áreas da saúde e da educação

**Pesquisador:** Vasco Pinheiro Diógenes Bastos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 67830217.9.0000.5038

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO CEARA LTDA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.059.766

#### Apresentação do Projeto:

A educação é um elemento chave nos processos de desenvolvimento da sociedade, tendo dupla função: formar profissionais, tornando-os qualificados e capazes de atender às demandas e às necessidades sociais e subsidiar a formação de cidadãos comprometidos com a efetivação e a qualidade do seu trabalho. Entretanto, a formação dos profissionais de saúde continua sendo um espaço crítico no processo de construção do

trabalho no campo da saúde e da educação. Nesse sentido torna-se necessário desenvolver estudos sobre o impacto de ações contínuas de formação sobre promoção da saúde sobre conhecimentos e práticas de usuários, profissionais, acadêmicos das áreas da saúde e da educação. O estudo objetiva avaliar o impacto de ações contínuas de formação sobre promoção da saúde sobre conhecimentos e práticas de usuários, profissionais, acadêmicos das áreas da saúde e da educação. Trata-se de um estudo longitudinal, analítico, intervencionista de natureza quali-quantitativa.

Serão incluídas no estudo pessoas acima de 18 anos que tenham participado de alguma de ações de formação em saúde interferem no conhecimento em promoção da saúde através do projeto de extensão PROSA do curso de Fisioterapia da UFC que aceitem participar no estudo através do TCLE.

**Endereço:** Rua Eliseu Uchoa Becco,600  
**Bairro:** Água Fria **CEP:** 60.210-170  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3270-6775 **Fax:** (85)3270-6775 **E-mail:** cep@fic.br

Continuação do Parecer: 2.059.766

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o impacto de ações contínuas de formação sobre promoção da saúde sobre conhecimentos e práticas de usuários, profissionais, acadêmicos das áreas da saúde e da educação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Responder a esta pesquisa não envolverá quaisquer riscos significativos a você, além da expressão da sua opinião. Para minimizar qualquer desconforto e manter sua privacidade, o questionário apresentará caráter anônimo e deverá ser respondido individualmente.

Benefícios: Aumentar o nível de conhecimentos de usuários, profissionais, acadêmicos das áreas da saúde e da educação sobre promoção da saúde

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e atual

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória atendem aos preceitos éticos

**Recomendações:**

Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_906987.pdf	26/04/2017 18:57:40		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/04/2017 18:55:06	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Outros	USO_DADOS_COLETADOS.pdf	20/04/2017 21:48:58	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_SIGILO.pdf	20/04/2017 21:48:37	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Outros	TERMODOPROONENTE.pdf	20/04/2017 21:47:52	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Outros	TERMODEANUENCIA.pdf	20/04/2017 21:47:04	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito

Endereço: Rua Eliseu Uchoa Becco,600  
Bairro: Água Fria CEP: 60.210-170  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3270-6775 Fax: (85)3270-6775 E-mail: cep@fic.br

Continuação do Parecer: 2.059.766

Outros	RESPONSABILIDADE_PESQUISADOR ES.pdf	20/04/2017 21:46:05	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Outros	ICD_1.pdf	20/04/2017 21:45:05	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Outros	GARANTIA_TRATAMENTO.pdf	20/04/2017 21:44:39	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Outros	CurriculoVascoBastos.pdf	20/04/2017 21:44:04	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Outros	CurriculoRaimundaHermelinda.pdf	20/04/2017 21:43:36	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_ENCAMINHAMENTO.pdf	20/04/2017 21:42:10	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	20/04/2017 21:41:42	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/04/2017 21:40:47	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA DORES.pdf	20/04/2017 21:40:26	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	20/04/2017 21:39:57	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/04/2017 21:39:34	Vasco Pinheiro Diógenes Bastos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 11 de Maio de 2017

---

Assinado por:  
Rogério da Silva e Souza  
(Coordenador)

Endereço: Rua Eliseu Uchoa Becco,600  
Bairro: Água Fria CEP: 60.210-170  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3270-6775 Fax: (85)3270-6775 E-mail: cep@fic.br