

Relatório Técnico Parcial
Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018 - Universal/Faixa C

1. Identificação do Projeto

Processo Nº: 426778/2018-9

Coordenadora: Rosana Teresa Onocko Campos, CPF: 214.363.998-82

Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP-SP CNPJ: 46068425000133

Projeto: Pesquisa de Implementação de um ambulatório para vítimas de violência em um hospital universitário.

2. Resumo da Proposta Inicial

A proposta inicial propunha o planejamento ascendente, implementação e posterior avaliação quase experimental de um ambulatório dirigido a crianças, adolescentes e adultos vítimas de violência, adscritos à região Norte da cidade de Campinas-SP. Essa região é referenciada pelo Hospital Universitário da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), local onde o ambulatório seria implementado, em parceria com o Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental - Interfaces - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e a rede de Assistência Social e da Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas.

A necessidade de implementação deste ambulatório fundamentou-se nos altos índices de violência vivido pelas mulheres, adolescentes e crianças da cidade de Campinas, segundo dados registrados no SISNOV- Sistema de notificação de violências (<http://sisnov.campinas.sp.gov.br/>) e no reconhecimento dos riscos ligados à perpetuação dessa violência de forma transgeracional (BENGHOZI, 2000). A violência pode perpassar gerações, em outras palavras, as pessoas que sofrem violência, podem vir a praticar atos violentos e/ou de negligência contra os filhos, irmãos ou pessoas que compõem sua rede de relações (ONOCKO-CAMPOS, 2018).

O ambiente universitário mostra-se fértil para o desenvolvimento de tecnologias, porém os grandes Hospitais Universitários (HUs) encontram-se

comumente pouco articulados à rede de serviços municipais e às demandas sociais de sua própria área de cobertura. Sendo assim, torna-se importante que as ofertas desenvolvidas pelos HUs sejam articuladas desde o seu planejamento com trabalhadores, usuários e gestores do SUS local.

O controle das condições de planejamento, implementação e avaliação permitiu apontar uma nova tecnologia de cuidado, adequada à realidade das grandes cidades brasileiras e aos aspectos culturais e psicossociais da população alvo. Esperava-se também propiciar uma experiência efetiva de integração do cuidado entre os vários níveis de atenção da rede de saúde local.

Nesse sentido, apresentávamos como objetivos específicos do projeto de Implementação: 1) Implementar um serviço ambulatorial de assistência psicossocial às pessoas em situação de violência; 2) Desenhar as características do ambulatório a partir de estudo qualitativo com os principais *stakeholders* (usuários e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Social); 3) Qualificar a articulação entre o novo ambulatório e a rede de serviços por meio da implantação de um sistema de agendamento e regulação de vagas; 4) Qualificar a assistência oferecida pelos serviços da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Social por meio de dispositivos de integração de rede (apoio matricial, seguimento conjunto de casos, etc.) e 5) Construir evidências sobre a efetividade da psicoterapia psicanalítica grupal no tratamento de transtornos associados à exposição à violência (componente quase experimental).

3. Pré-implementação

O início das atividades ligadas ao período da pré-implementação do ambulatório se deu através de grande investimento no que diz respeito ao contexto e sua caracterização.

Tendo a pesquisa a violência como norteador, foi necessário o aprofundamento teórico das questões relacionadas, seja no que diz respeito ao levantamento de dados secundários ligados a bancos municipais, estaduais e nacionais de dados sociais, ou às questões teóricas que envolvem o tema da violência e da escolha pela psicoterapia psicanalítica breve em grupo como proposta de cuidado as pessoas expostas a violência.

Foi realizado um levantamento teórico sobre a definição da violência de maneira múltipla e compartilhada, respeitados, inclusive, os interesses dos pesquisadores, que, por sua vez, encontravam-se semanalmente, em horário pré-determinado, para o compartilhamento destes estudos prévios.

Uma disciplina, devidamente cadastrada junto ao Programa de Pós-graduação da UNICAMP, foi oferecida a fim de maior aproximação com os temas relacionados a realização de terapias grupais, com duração de um semestre, aberto também a comunidade.

A psicanálise foi um eixo central de investimento teórico ao longo da pesquisa, em suas três etapas, e contamos com supervisões semanais com a coordenadora da pesquisa, onde foi possível trabalhar as questões teóricas ligadas a psicanálise, aos grupos psicanalíticos e a psicanálise ligada a violência.

Dentre os objetivos iniciais do projeto descritos anteriormente, na fase de pré-implementação foi possível atingir plenamente o objetivo de desenhar as características do ambulatório a partir de estudo qualitativo com os principais *stakeholders* (usuários e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Social). Para tal, constituímos um Comitê Gestor da Pesquisa no início de 2019, com a participação de pesquisadores da universidade, gestores e trabalhadores, tanto da saúde, quanto da assistência social, ligados ao distrito sanitário norte da cidade de Campinas.

A partir do aprofundamento do trabalho com o Comitê Gestor da Pesquisa, foi possível a realização no segundo semestre de 2019 de grupos focais e grupos focais hermenêuticos com todos os grupos de interesse: mulheres, crianças, adolescentes, trabalhadores e lideranças comunitárias, para o desenho do ambulatório de forma participativa e inclusiva. Também foi realizada uma Oficina de Consenso no primeiro semestre de 2020.

Nas pesquisas de implementação, os grupos focais (GF) são recomendados para explorar, descrever, explicar, prever aspectos do processo de implementação e fomentar a participação dos grupos de interesse (GLENTON, LEWIN & SCHEELL, 2011). Nas pesquisas participativas e de implementação, portanto, essa ferramenta faz parte de um esforço em construir conhecimentos que serão traduzidos em melhorias práticas na vida dos participantes, seja por meio de programas, serviços ou políticas públicas.

Para conhecer as experiências de exposição à violência e o que seria

desejável (*acceptability*) para o tratamento dessa população foram planejados junto com o Comitê Gestor da Pesquisa (TREICHEL et al, 2019), os critérios de inclusão, de seleção, e o recrutamento dos participantes dos grupos focais. Foram realizados 16 grupos focais, incluindo um segundo momento hermenêutico com cada um dos diferentes grupos de interesse (GUBA e LINCOLN, 1989; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2008). Esses GF contaram com 60 participantes dentre os quais: mulheres, crianças, pré-adolescentes, adolescentes, líderes comunitários, trabalhadores com formação universitária e formação técnica em nível médio. Os grupos foram áudio gravados, transcritos integralmente e, posteriormente, se construíram narrativas apresentadas aos participantes para validação e aprofundamento (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2008). Analisaram-se os núcleos argumentais das narrativas, os quais foram comparados entre os diferentes grupos de interesse (ONOCKO-CAMPOS, 2011).

Os grupos focais hermenêuticos consolidaram a construção participativa e ascendente do processo de implementação, à medida em que foram construídas diretrizes com os diferentes grupos de interesse, que nortearam a construção da proposta de oferta de cuidado do **Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas à Violência (NAPEV** nome dado ao ambulatório). Permitiram também a aproximação com as experiências de exposição à violência e conhecer o forte impacto emocional e social, tanto nas pessoas que a vivenciaram, quanto nos trabalhadores que as acompanham nos serviços. As narrativas construídas nos grupos focais hermenêuticos (ONOCKO-CAMPOS, 2011; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2008) possibilitaram a compreensão do conceito de violência, das vivências e das estratégias necessárias para enfrentá-las, na perspectiva dos potenciais beneficiados pela implementação do NAPEV.

A metodologia participativa, envolvendo os grupos de interesse que utilizarão o serviço, permitiu destacar a necessidade da integração das redes de cuidado para garantir a efetividade e o sucesso da implementação, aspectos não previstos no desenho inicial do NAPEV, o que ressalta a característica de flexibilidade e adaptação do desenho inicial para a abertura ao contexto, necessários neste tipo de investigação no mundo real.

Segundo Proctor (2011), a integração de diferentes competências é

fundamental para compreender a dinâmica de um processo complexo como é a implementação de serviços e políticas públicas. Equipes de pesquisa com bom background em estudos participativos possuem bom potencial para o desenvolvimento de Pesquisas de Implementação, campo recente e em expansão na Saúde Coletiva brasileira.

4. Resultados Preliminares - Fase de Pré Implementação:

4.1) Comitê Gestor de Pesquisa (CGP)

Um primeiro resultado da fase de pré-implementação da pesquisa foi a constituição, já em 2019, de um Comitê Gestor de Pesquisa, ferramenta esta que se mostrou essencial para a articulação longitudinal de toda a pesquisa.

Historicamente, o Laboratório Interfaces conduz suas pesquisas de forma participativa, sendo o estabelecimento de Comitês de Pesquisa uma estratégia habitualmente utilizada. Observou-se que investir efetivamente nesta estratégia também em pesquisas de implementação, possibilitou maior engajamento das partes interessadas, questão relevante nas pesquisas de implementação.

Com a expectativa inicial de dialogar com gestores e trabalhadores da rede a fim de adequar o desenho da pesquisa e as características do ambulatório, o CGP tornou-se um espaço compartilhado de saberes e experiências relacionados a rede de atenção já existente para o cuidado de pessoas expostas a violência, respeitando-se as necessidades comunitárias e dos serviços, não apenas com a saúde, mas, ineditamente, com trabalhadores da rede ligada a assistência social.

Este constante diálogo com a rede de serviços que constituiu o CGP, possibilitou o mapeamento das diferentes formas de atendimentos já existentes no município, assim como o mapeamento dos serviços ligados ao cuidado de pessoas expostas a violência, principalmente as localizadas no distrito sanitário Norte da cidade de Campinas, maior percepção sobre a importância da oferta de cuidado psicossocial as vítimas diretas, mas também às vítimas indiretas da violência e a repactuação da efetiva necessidade de criação de redes compartilhadas e complementares entre saúde, assistência social e universidade

para um cuidado ampliado do público alvo. Assim, entendemos que o ambulatório poderia complementar a rede existente de atendimento às pessoas expostas à violência, sustentando então, a necessidade de ofertas heterogêneas de cuidado, derivadas da própria complexidade do termo violência (Schilling, 2011).

A oferta de atendimentos grupais e a implementação de um novo serviço que pudesse ofertar cuidado a pessoas expostas a violência constitui-se como enfrentamento de um gap importante identificado e para o qual precisamos oferecer atenção. Em que lugar a mãe de um adolescente assassinado no tráfico pode cuidar de seu luto? Em que lugar os familiares de uma criança vítima de violência sexual podem elaborar esse sofrimento? O ambulatório, a partir da discussão com o CGP, constituiu-se como um elemento complementar da rede de serviços mapeados, já existentes no município e busca contribuir com a diminuição desse gap (SILVA, et al, 2021).

Com a consolidação do CGP na pesquisa, e após a realização dos grupos focais, grupos focais hermenêuticos e oficinas de consenso, foi possível a identificação, a partir dos atores ali envolvidos, da real necessidade não só da qualificação, mas da criação de dispositivos de integração de rede que pudessem debruçar-se sobre questões relacionadas a violência. Tais discussões possibilitaram o alcance de mais um objetivo específico do projeto que, de forma participativa e democrática, implementou a **Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência (RASEV)** com vistas a implementar ações ligadas ao apoio matricial e seguimento conjunto de casos no território.

Atualmente, o CGP mantém reuniões mensais, de forma remota, e trabalha coletivamente no sentido de criar estratégias para qualificar o recrutamento de pacientes para atendimento no ambulatório, tarefa esta que vem se mostrando desafiadora.

Observou-se que, por meio do CGP foi possível a consolidação de estratégias de inclusão de atores sociais para promoção da participação democrática, dentre eles crianças e adolescentes, público esse geralmente negligenciado e invisibilizado na construção de políticas públicas e extremamente vulnerável com relação à exposição à violência.

Nesse sentido, identificamos que o CGP se apresenta como uma

estratégia potente para fomentar as pesquisas de implementação de modo participativo, alcançando domínios como o envolvimento e engajamento das partes interessadas e de usuários e comunidade, garantindo assim, maior adaptabilidade e sustentabilidade das intervenções propostas, planejamento na execução de ações ligadas à implementação e avaliação de projetos (Treichel, 2019), serviços e políticas públicas.

Figura 1- Imagem Comitê Gestor da Pesquisa e pesquisadores em 2019



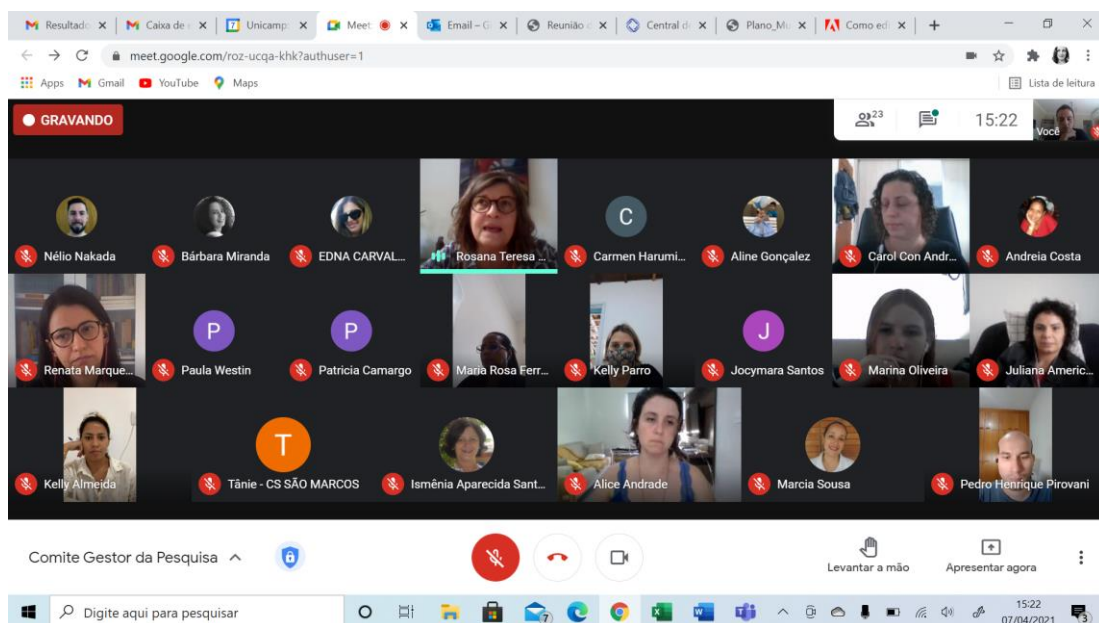
Figura 2- Imagem Comitê Gestor da Pesquisa e pesquisadores em 2019



Figura 3- Imagem Comitê Gestor da Pesquisa e pesquisadores em 2019



Figura 4- Imagem Comitê Gestor da Pesquisa- Modalidade Remoto 2021



4.2) Grupos Focais e Grupos Focais Hermenêuticos

Realizaram-se 16 grupos focais e grupos focais hermenêuticos, incluindo diferentes grupos de interesse no processo decisório, que contaram com 60 participantes ao todo, dentre os quais constaram: mulheres (≥ 18 anos), crianças (7 a 10 anos), pré-adolescentes (11 a 14 anos), adolescentes (15 a 17 anos), líderes comunitários, trabalhadores escolarizados em nível técnico de ensino médio e nível universitário, tanto da Assistência social em suas diferentes Complexidades, quanto das Unidades Básicas de Saúde da região norte de Campinas. Os GF aconteceram no Departamento de Saúde Coletiva da

Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Isso possibilitou a configuração de um espaço “artificial”, protegido, afastado das pessoas conhecidas na comunidade de residência, que garantiu a privacidade dos participantes. Foram áudio gravados, transcritos integralmente e, posteriormente, tornaram-se narrativas apresentadas aos participantes em um segundo encontro hermenêutico, o que possibilitou o aprofundamento e análise do material com os participantes, produzindo "efeito de narratividade" (ONOCKO-CAMPOS, 2011).

Os grupos focais com crianças, pré-adolescentes e adolescentes foram um grande diferencial na presente pesquisa, diante de um cenário em que os tratamentos dispensados pelos serviços de saúde, assistência e educação ao público infanto-juvenil são baseados na racionalidade do Estado, na criminalização e na medicalização (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO, 2019). O uso dos grupos focais hermenêuticos, atrelado às pesquisas participativas e de implementação, mostrou-se oportuno não apenas para descrever pontos de vista, mas para promover a escuta das crianças, pré-adolescentes e adolescentes como sujeitos de direitos e de desejos, reconhecendo-os como protagonistas na construção de programas, serviços e políticas públicas utilizados por eles.

Os GF infanto-juvenis ocorreram a partir de três agrupamentos distintos, com um total de trinta e um participantes distribuídos de acordo com a faixa-etária, sendo dez crianças, onze pré-adolescentes e dez adolescentes. Para a sua realização houve a necessidade de um espaço de acolhimento e ambiência para os adultos acompanhantes, que se consistiu em uma sala onde permaneceram uma terapeuta ocupacional e um pedagogo, que mantiveram diálogo com os acompanhantes e ofereceram café, água, bolo e um espaço de escuta. Houve também a construção de um espaço de acolhimento e ambiência para as crianças cujos acompanhantes optaram por retornar posteriormente à finalização dos grupos. Realizaram-se brincadeiras como pique pega , chão é lava, pique alto no pátio do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, enquanto as crianças e pré-adolescentes esperavam os responsáveis.

Com o material de todos os grupos focais transcritos, os pesquisadores elaboraram narrativas em um esforço por organizar o conteúdo em núcleos argumentais. Após a primeira escrita elas foram lidas e validadas por outros pesquisadores que ajudaram na coordenação dos grupos focais e,

posteriormente, foram apresentadas a cada grupo de interesse, no segundo grupo focal realizado com os mesmos participantes – que chamamos de grupo focal hermenêutico. Houve discussão e reedição das narrativas, validando e qualificando o material produzido a partir do aprofundamento e da legitimação coletiva do material, trazendo questões importantes, que foram consideradas durante a fase de implementação do ambulatório, nos auxiliando a pensar o seu desenho.

Com a análise das narrativas construídas nos diferentes grupos focais concluiu-se que: 1) As narrativas expressam a grande exposição infantojuvenil a situações de violência, a dificuldade em encontrar apoio familiar, na escola ou em outras redes e a postura omissa do Estado na defesa desse grupo. Contraditoriamente, observamos a forte presença do Estado na vida desses sujeitos por meio das forças policiais, que ao invés de protegerem, atuam produzindo ainda mais violência. 2) As mulheres relataram a dificuldade em identificar as violências sofridas, principalmente a violência de gênero dentro do contexto intrafamiliar. A maioria relata situações de violência transgeracional, nas quais relembram situações de violência presenciadas em casa e depois reeditadas em suas relações conjugais e em algumas situações com seus filhos e netos.

Entre as violências mencionadas, identificam a violência no território como fator de estresse e preocupação constante. A maioria delas precisou de ajuda de terceiros para identificar suas situações de violência como algo que poderia e deveria ser cuidado. Além da dificuldade de identificar as situações de violência e nomeá-las, relataram a dificuldade de acessar redes de apoio já instituídas, seja por um mal atendimento nos serviços de denúncia, que muitas vezes não as encaminham para redes de cuidado, ou por desconhecerem seus direitos, muitas vezes deixando de acessar os fluxos de atendimento. Trouxeram como reflexão a importância de trabalhar com o agressor, de ampliar a divulgação sobre o que é violência, seus efeitos e como procurar ajuda. Elas também identificaram que não só as pessoas que sofrem diretamente a violência necessitam de cuidado em saúde mental, mas que familiares e pessoas próximas também precisam de apoio para lidar com a situação e seus efeitos. Relataram o impacto da violência nas famílias de quem foi vítima, principalmente quando o resultado é a morte de algum familiar.

3) As narrativas dos trabalhadores com formação universitária e com formação técnica de nível médio revelaram o quanto a violência afeta e marca o cotidiano de trabalho destes no território. O contato direto com a violência social e econômica sofrida pelos usuários, reflete em sentimento de impotência vivido pelo trabalhador, principalmente frente a grande gravidade e recorrência dos casos, a naturalização e morosidade na resolução das situações de violência, a burocratização e a limitação do acesso a rede de serviços e instituições.

Os trabalhadores manifestaram a necessidade de cuidado com seu processo de trabalho e apontaram ações de Apoio Matricial, supervisão e educação permanente como importantes para aprender a lidar com as situações de violência. Apontaram também que a garantia de espaços grupais e de fortalecimento de vínculo com a população no território são estratégias importantes para a prevenção e cuidado das situações de exposição à violência. Além da necessidade de discussão dos casos e maior articulação das redes intersetoriais de cuidado.

4) As lideranças comunitárias apontaram a organização das comunidades e a participação social como importantes estratégias de diminuição da exposição à violência vivida nos territórios.

Podemos observar que, mesmo com a singularidade das narrativas de cada grupo de interesse, algumas temáticas foram comuns. Elas apontaram para a necessidade de melhorar a articulação entre as redes de cuidado, a desburocratização do acesso aos serviços, bem como a necessidade da garantia de direitos e de cuidado da população exposta a violência. Também o apoio e investimento em educação permanente e o cuidado com os processos de trabalho dos trabalhadores que atuam diretamente com pessoas expostas à violência foram destacados. O que nos colocou a necessidade de pensar em um ambulatório que mantivesse íntima relação com a rede, de modo a ofertar apoio para os serviços dos territórios em que esses sujeitos circulam, sendo a RASEV - Rede de Apoio e Acompanhamento às situações de Violência - que discutiremos adiante - uma proposta que surgiu a partir dessas demandas e que não estava prevista na proposta inicial.

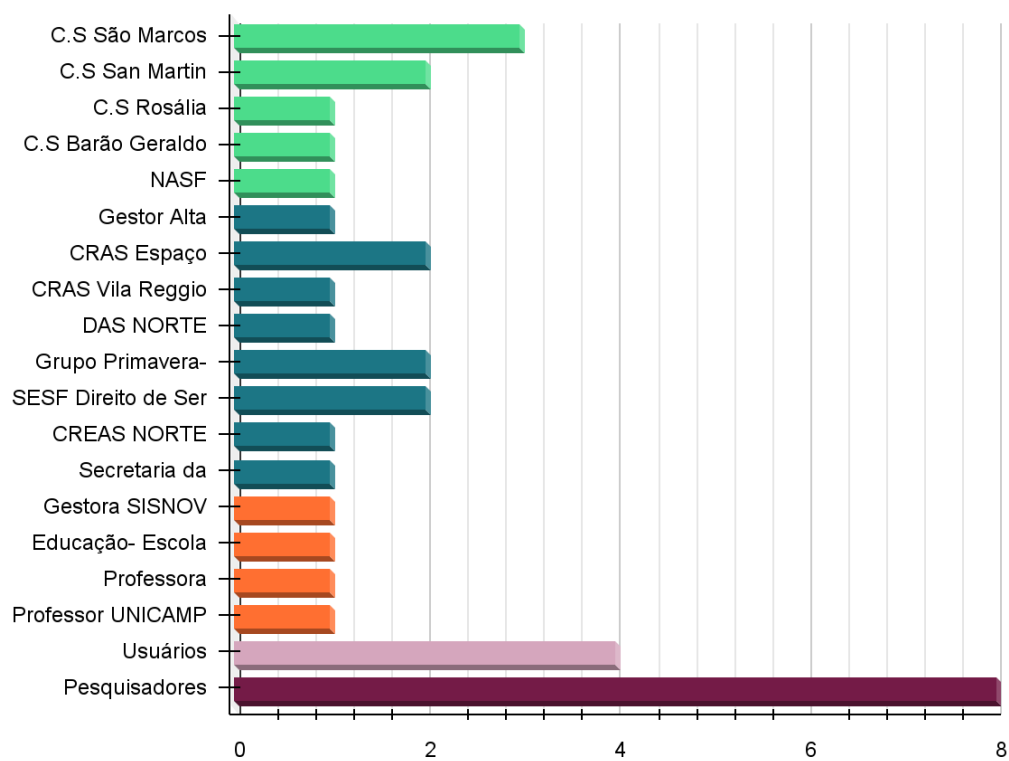
4.3) Oficina de Consenso

A Oficina de Consenso foi realizada no início de 2020, na faculdade de

Ciências Médicas da Unicamp, no departamento de saúde coletiva. Contou com a participação de 35 pessoas, sendo 13 Trabalhadores e 07 Gestores ligados aos serviços da saúde e da Assistência Social do distrito Norte de Campinas, 08 Pesquisadores, incluindo a Coordenadora da pesquisa, 02 Professores convidados, 04 Usuários, 01 Trabalhador da educação, como descrito a seguir: 03 trabalhadoras do C.S São Marcos (01 Psicóloga- C.G.P, 01 Agente Comunitária de Saúde- G.F, 01 Técnica de Enfermagem G.F), 01 Terapeuta Ocupacional do C.S Rosália- C.G.P, 01 Assistente Social do NASF Nascente- C.G.P, 02 Enfermeiras do C.S San Martin (primeira participação na pesquisa), 01 Gestora da Alta Complexidade da assistência social- C.G.P, 02 trabalhadores CRAS Espaço Esperança (01 Gestora -C.G.P ,01 Assistente Social) , 01 Gestora do CREAS Norte- C.G.P, 01 Gestora do DAS Norte- C.G.P, 01 Gestora ligada a secretaria de Assistência Social- C.G.P, 02 Trabalhadoras da proteção básica-grupo primavera (01 Coordenadora e 01 Assistente Social), 01 Professora pesquisadora convidada da FIOCRUZ, 01 Professor convidado da Saúde do Trabalhador da Unicamp, 01 Gestora do SISNOV Campinas, 01 Médica do C.S Barão Geraldo- C.G.P, 01 Usuária do CRAS e CPTI, 02 Usuárias adolescentes- G.F, 01 Usuário C.S São Marcos- G.F, 01 Gestora do CRAS Vila Régio- C.G.P, 02 Trabalhadoras do SESF Direito de Ser (primeira participação), 01 Gestor da Educação- Centro Educacional Infantil Dr. Roberto Telles (primeira participação), 07 Pesquisadores, 01 Coordenadora da Pesquisa.

Quadro 01- Relação de participantes da oficina de consenso, por serviço.

Participantes Oficina de Consenso



Os participantes foram divididos em três eixos de discussão, com as principais características que norteariam a implementação desse dispositivo psicossocial de atendimento às pessoas expostas à violência, a saber:

- a) No 1º eixo, denominado “Fluxo dos atendimentos” foi consenso que
 - 1) A importância da definição dos conceitos de exposição à violência;
 - 2) A necessidade de capacitação dos trabalhadores para o trabalho com violência;
 - 3) Necessidade de articulação de rede para além da rede de saúde;
 - 4) Flexibilização e revisão dos fluxos de encaminhamento para o ambulatório ao longo prazo;
 - 5) Atender as singularidades dos casos;
 - 6) Devolutiva/retorno da notificação, encaminhamento;
 - 7) Definir o papel do ambulatório na articulação/interface entre a notificação do SISNOV e as linhas de cuidado;
 - 8) Alinhamento entre expectativa e realidade do papel das notificações e o que gera enquanto ação? A notificação é um encaminhador de rede?
 - 10) Articular notificação no SISNOV com avaliação e monitoramento;
 - 11) Definir qual é o papel do

- ambulatório. 12) Identificar qual o papel dos gestores públicos quanto aos temas e diferir/localizar como o serviço faz interface; 13) Mais um serviço para cuidar dos problemas que temos na rede.
- b) No 2º eixo, denominado “Capacitação”, foi consenso, 1) Ensinar aos trabalhadores a ajudar na desnaturalização da violência; 2) Ofertar de espaços coletivos e sigilosos de escuta para as angústias dos trabalhadores, com relação ao atendimento às demandas ligadas ao tema da violência. 3) Ajudar os trabalhadores a cuidar das “marcas da violência” - perceber os sinais de exposição não só à violência física, mas principalmente da violência psíquica. 4) Trabalhadores darem visibilidade aos pedidos de ajuda principalmente das crianças e dos adolescentes, percebendo os traços da exposição à violência, as mudanças de comportamento nessas faixas etárias são mais visíveis do que nos adultos. 5) Aprender como lidar com as pessoas que foram agredidas. 6) Procedimentos - Conversas entre os serviços - Ações territoriais/ na reunião da Intersetorial – A educação participando junto com os outros entes conveniados. 7) Apoiar a criação de coletivos de mulheres e de combate à masculinidade tóxica. 8) Capacitação dos trabalhadores para atendimento aos autores de violência. 9) Aprender diferentes abordagens para cada caso. 10) Junção entre a prática e a teoria. 11) Capacitação prática dos trabalhadores tanto de nível médio, quanto superior para a notificação das situações de violência no SISNOV, levando em consideração a intensidade da escuta da pessoa que traz o relato de sua exposição à violência, muitas vezes chorando, contando situações graves vividas e as perguntas necessárias para a notificação. 12) Capacitação para o trabalho com as famílias.
- c) No 3º eixo, denominado “Apoio às ações dos serviços”, foi consenso que: 1) Esforços conjuntos, 2) Apoio ao trabalhador, 3) Espaço de formação, 4) Espaço de escuta para os trabalhadores, 5) Formação de novas lideranças.

5. Repercussões do Covid-19 na pré-implementação:

O contexto pandêmico ligado ao COVID-19 trouxe repercussões negativas, inclusive na etapa de pré-implementação, principalmente no que diz respeito ao levantamento de dados secundários, cujo objetivo principal estava ligado a caracterização da rede de cuidado já existente, estratégia esta adaptada através da sustentação das reuniões do CGP de forma remota, sustentando o componente de engajamento e participação de atores sociais, esperado em pesquisas de implementação.

Com os serviços ligados a assistência social fechados e os da saúde voltados exclusivamente para o atendimento da SARS-Cov-19, o acesso aos trabalhadores foi dificultado e o acesso a informações ligadas aos atendimentos de pessoas expostas a violência, impossibilitado.

Mantivemos o levantamento e observação dos dados em fontes secundárias de dados, que, por sua vez, podem ter sofrido diminuição nas notificações, visto a ausência de usuários nos serviços.

6. Fase de Implementação:

6.1 RASEV- Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência:

A Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência (RASEV) foi construída a partir da participação dos trabalhadores nos GF na fase de pré-implementação da pesquisa, da oficina de consenso e discussões junto ao CGP. Foi possível assim atingir e requalificar o objetivo **3) Qualificar a articulação entre o novo ambulatório e a rede de serviços por meio da implantação de um sistema de agendamento e regulação de vagas**, pois a RASEV permitiu a articulação com os trabalhadores para os encaminhamentos para o NAPEV, por meio da construção de um formulário de encaminhamento online e da discussão dos casos e permitiu também a oferta de apoio matricial para as equipes, forma encontrada para adaptar o alcance desse objetivo quando ainda não era possível entrar no HC da Unicamp para implantação de um sistema de agendamento e regulação das vagas. Já o objetivo **4) Qualificar a assistência oferecida pelos serviços da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Social por meio de dispositivos de integração de rede (apoio matricial, seguimento conjunto de casos etc.)** foi alcançado plenamente com a oferta do Apoio Matricial, como será descrito a seguir.

A escolha da metodologia do Apoio Matricial como estratégia de implementação da rede, apresentou como objetivos centrais a construção de espaços de compartilhamento de saberes, educação permanente, cuidado e articulação multiprofissional e intersetorial entre os trabalhadores (CAMPOS, GUERREIRO, 2013; CAMPOS, FIGUEIREDO, OLIVEIRA, 2017) que lidam diretamente com a exposição à violência dos usuários dos serviços da assistência social (Proteção Básica, Proteção Especial de Média complexidade e de Alta Complexidade) e da atenção primária à saúde da região Norte de Campinas.

Após o estudo de como se davam as relações intersetoriais nesse território e da realização de reuniões com os diferentes serviços, foi pactuado no CGP

que criaríamos uma nova proposta para os trabalhadores, pois a oferta do apoio matricial intersetorial era algo inédito e diferente do que já acontecia nos espaços de discussões intersetoriais.

Os encontros de Apoio Matricial foram organizados na lógica intersetorial dos microterritórios de CRAS e DAS da região Norte. Dividimos os serviços da assistência social e da saúde por eixos territoriais, que já realizavam intervenções no território e atendiam a mesma população adscrita, para facilitar e ampliar as relações e trocas intersetoriais entre eles.

Dividimos em quatro eixos que chamamos de Amaraís I e Amaraís II, Estrela e Nascente.

RASEV - Apoio Matricial Eixo ESTRELA
ATA do Primeiro Encontro - 17 de Junho de 2021



Figura 06- Foto encontro da RASEV do eixo Amaraís 02.

RASEV - Apoio Matricial Eixo AMARAIS 02
ATA do Primeiro Encontro - 24 de Junho de 2021



Figura 07- Foto encontro da RASEV do eixo Amaraís 01.

RASEV - Apoio Matricial Eixo AMARAIS 01
ATA do Segundo Encontro - 01 de Julho de 2021



Figura 08- Foto encontro da RASEV do eixo Nascente.



Cada eixo iniciou as ações com 15 a 20 trabalhadores, tivemos a participação total de 62 trabalhadores que participaram de encontros mensais de forma virtual no período de junho a novembro de 2021. Foram 06 encontros por eixo com duração de uma hora e meia cada, totalizando 24 encontros ao longo dos seis meses de trabalho. A escolha dos encontros de forma virtual nesse período se deu por conta da pandemia do Covid-19, que afetou profundamente a rotina de trabalho dos trabalhadores tanto da saúde, quanto da assistência social, além disso o acesso a cobertura vacinal se deu em tempos diferentes para cada categoria profissional, não estando no início das atividades da Rede, homogênea a imunização entre os trabalhadores do SUS e do SUAS, bem como dos educadores e agentes de ação social, o que colocava em risco os trabalhadores por conta da heterogeneidade de trabalhadores que participaram dos encontros.

Quadro 3- Cronograma Atividades RASEV, organizado por eixos.

Unicamp – FCM - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental – Interfaces
Pesquisa de implementação de um ambulatório para pessoas expostas à situação de violência em um hospital universitário.



RASEV- Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência			
MAIO (pactuação e lista dos participantes) ENCONTROS MENSAIS- QUINTAS FÉRIAS- 15.00-16.30h- JUNHO-NOVEMBRO 2021.			
EIXO- TERRITÓRIO	DATAS ENCONTROS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	ASSISTÊNCIA SOCIAL
AMARAIS 01	PRIMEIRA QUINTA DO MÊS 1º. MAIO- 27/05 (última quinta maio) x- JUNHO- feriado Corpus Christi 2º. JULHO- 01/07 3º. AGOSTO- 05/08 4º. SETEMBRO-02/09 5º. OUTUBRO- 07/10 6º. NOVEMBRO- 04/11	C.S São Marcos- 02 equipes- um profissional de cada equipe. C.S Santa Mônica- 02 equipes- um profissional de cada equipe.	CRAS Espaço Esperança-02 profissionais. Mãe Maria Rosa- 02 profissionais. Grupo Primavera- 02 profissionais. Direito de ser - 02 profissionais. CREAS Norte- 03 profissionais /SESF- CPTI- 02 profissionais /PSE-CEI- 02 profissionais.
NASCENTE	SEGUNDA QUINTA DO MÊS 1º. JUNHO- 10/06 2º. JULHO- 08/07 3º. AGOSTO- 12/08 4º. SETEMBRO- 09/09 5º. OUTUBRO- 14/10 6º. NOVEMBRO- 11/11	C.S San Martin- 04 equipes- 07 profissional. C.S Cássio Raposo- 03 equipes- 01 profissional por equipe. NASF- 02 profissionais.	DAS Norte- 02 profissionais/ SEMEAR- 02 profissionais. SESF- SETA -02 profissionais. Casa Betel - 02 profissionais.
ESTRELA	TERCEIRA QUINTA DO MÊS 1º. JUNHO- 17/06 2º. JULHO- 15/07 3º. AGOSTO- 19/08 4º. SETEMBRO- 16/09 5º. OUTUBRO- 21/10 6º. NOVEMBRO- 18/11	C.S Rosália- 03 equipes- 01 profissional por equipe.	CRAS Vila Réggio- 02 profissionais. DAS Norte- 02 profissionais. Firma Casa- 02 profissionais./ CPTI- 03 profissionais CREAS Norte- 02 profissionais. SESF-CPTI- 02 profissionais. Casa Betel- 02 profissionais.
AMARAIS 02	QUARTA QUINTA DO MÊS 1º. JUNHO- 24/06 2º. JULHO- 22/07 3º. AGOSTO- 26/08 4º. SETEMBRO- 23/09 (quarta quinta) 5º. SETEMBRO- 30/09 (última quinta) x- OUTUBRO- Feriado Servidor 6º. NOVEMBRO- 25/11	C.S São Marcos- 02 equipes- um profissional de cada equipe C.S Santa Mônica- 02 equipes- um profissional de cada equipe	CRAS Espaço Esperança-02 profissionais. Vedruna- 02 profissionais/ ABC- 02 profissionais/ União Cristã Feminina- 02 profissionais/CEAK- 02 profissionais. SESF- Ação Forte- 02 profissionais

Tivemos a participação de 19 serviços da assistência social, sendo 13 serviços da proteção básica: CRAS Vila Réggio (01 Psicóloga, 01 Agente de Ação Social), CRAS Espaço Esperança (02 Agentes de Ação Social, 01 Assistente Social, 01 Psicóloga), DAS NORTE (04 Assistentes Sociais, 01 Assistente Administrativo), Firma Casa (01 Educadora Social, 01 Assistente Social), CPTI (01 Agente de Ação Social, 01 Educador Social) Semear (01 Assistente Social), Grupo Primavera (01 psicóloga e a 01 coordenadora pedagógica), Mãe Maria Rosa (01 Assistente Social e 01 Educadora Social), Direito de Ser (01 Assistente Social), ABC (01 Assistente Social, 01 Coordenador Pedagógico), Vedruna (02 Assistentes Sociais) , União Cristã Feminina UCF (01 Assistente Social), Educandário Eurípedes CEAK (02 Assistentes Sociais). 05 serviços da proteção especial de média complexidade: CREAS Norte (01 Agente de Ação Social, 01 Assessora jurídica, 03 Assistentes Sociais) SESF-CPTI (02 Assistentes Sociais, 01 Psicóloga, 01 Educador Social), SESF-SETA (02 Psicólogas), SESF Ação Forte (01 Psicóloga), PSE-CEI (01 Psicóloga, 01 Assistente Social) e 01 serviço da Proteção especial de alta complexidade: Casa de Passagem Betel (04 Agentes de Ação Social) .

Tivemos também a participação de 05 serviços da saúde, C.S São Marcos (01 Médica Ginecologista, 01 Técnica de Enfermagem, 01 Psicóloga, 01 Agente Comunitário de Saúde), C.S Santa Mônica (01 Médica Ginecologista, 02

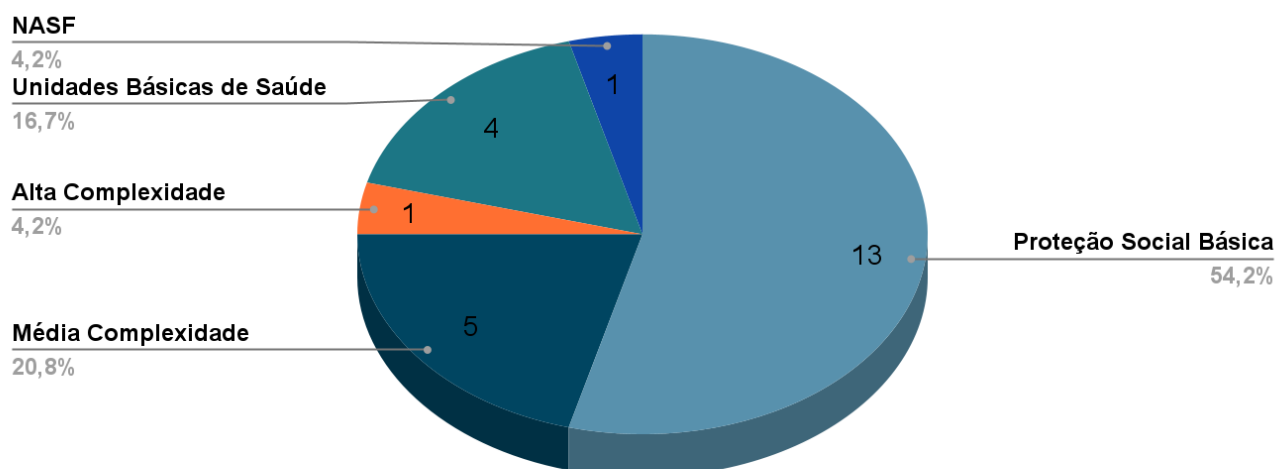
Enfermeiras, 01 Enfermeiro residente, 01 Educador Físico residente), C.S San Martin (01 Médica da saúde da família, 01 Enfermeira, 01 Enfermeira residente, 02 Técnicas de Enfermagem), C.S Cássio Raposo (01 Enfermeira, 01 Agente Comunitária de Saúde), NASF Nascente (01 Farmacêutica, 01 Terapeuta Ocupacional).

Quadro 04- Caracterização dos trabalhadores participantes da RASEV, formação, vinculação ao SUS ou SUAS.

Profissão	Serviços da saúde	Serviços da assistência social	Total
Psicóloga	01	08	09
Assistente social		21	21
Coordenador Pedagógico		02	02
Médica Ginecologista	02		02
Médica da família	01		01
Terapeuta Ocupacional	01		01
Farmacêutica	01		01
Enfermeira	03		03
Residentes Enfermagem	02		02
Residente Educador Físico	01		01
Técnico de enfermagem	03		03
Agente de Ação Social		08	08
Educador Social		04	04
Assistente Administrativo		01	01
Assistente Jurídico		01	01
Agente Comunitária de Saúde	02		02
	17 participantes	45 participantes	62 participantes
Nível Universitário	12	31	43
Técnico Nível Médio	05	14	19

Quadro 5- Total de Serviços participantes da RASEV, por tipo de serviço e complexidade.

Total de 24 Serviços Participantes da RASEV



Produtos:

Foram discutidos 16 casos durante os encontros de apoio matricial, ao final de cada encontro um ou dois serviços ficavam responsáveis por preparar e apresentar um caso no encontro seguinte. Sempre retomamos nos encontros subsequentes os encaminhamentos dados aos casos a partir das discussões e compartilhamento de saberes e propostas de construções de redes para cada um deles. Todos apresentavam grande complexidade e necessidade de articulação de redes intersetoriais, **as temáticas relacionadas a violência presentes nos casos variaram de eixo para eixo, mas a questão da violência contra crianças e adolescentes, violência de gênero, violência do Estado e a importância do recorte raça/cor/gênero/situação socioeconômica, para tirar da invisibilidade violências como o racismo e a privação de direitos básicos** se fizeram muito presentes.

Temáticas abordadas por eixo:

- Eixo estrela: Violência sexual contra crianças e adolescentes/ Masculinidade e culpabilização das mulheres pelas violências sofridas. Violência verbal e psicológica. Complexidade das necessidades das famílias. Sentimento de Impotência e desamparo dos educadores com relação a equipe técnica. Construção do trabalho em rede, papel do trabalhador. Itinerário de cuidado dos usuários e vinculação.

- b) Eixo Nascente: Saúde Mental infanto juvenil e violência física e sexual. Saúde Mental, abuso de substâncias, trabalho com o agressor. Impacto da Violência nas famílias (violência doméstica). Violência transgeracional- ciclos da violência intergeracional (Impacto nas gerações futuras). Violência com pessoas trans, questões de gênero na infância. Violência de Estado voltado à população periférica, negra e mulheres (raça, classe, gênero).
- c) Eixo Amarais 01: Aumento da violência física e psicológica direcionada à população infantojuvenil durante a pandemia. Violência sexual direcionada à crianças e adolescentes; assédio virtual, depressão e ideação suicida nesta faixa etária. Violência nas comunidades e territórios. Violência contra a população idosa, pessoas com deficiência e o seu núcleo familiar.
- d) Eixo Amarais 02: Exploração sexual, cyberbullying e violência psicológica infanto juvenil. Violência institucional contra os trabalhadores da Assistência. Violência transgeracional e intrafamiliar de jovens. Impacto na saúde mental dos trabalhadores no atendimento dos casos de violência. Construção do trabalho em rede, papel do trabalhador. Privação de direitos básicos é violência, acaba encobrindo outras violências (fome, questões socioeconômicas- volta do assistencialismo).

Os trabalhadores apontaram o processo de construção do espaço da RASEV como algo não vivenciado antes, no qual foi possível a realização de discussões intersetoriais com mediação. Avaliaram como potente a interface Saúde e Assistência, pois de forma multidisciplinar foi possível jogar um outro olhar sobre os casos, o que ajudou na construção de um bom Projeto Terapêutico Singular. Trouxeram a importância de falar, oferecer escuta uns para os outros, encontrar espaços de fala e apoio mútuo. Isso fez com que esses sentimentos que atravessam o cotidiano tivessem vazão, para ampliar a resiliência com relação ao atendimento dos casos.

Destacaram que poder participar desse espaço proporcionou muito aprendizado. Mas manifestaram também a expectativa de mais discussão teórica. Estar em um encontro com profissionais de diferentes categorias e níveis de atenção foi potente para sanar dúvidas da rede, de fluxo, manejo e complexidade. Apesar da correria do dia a dia do trabalho, foi possível

acompanhar o desenvolvimento do grupo. *“Gostaria que espaços de escuta, discussão de casos e aprendizados pudessem sempre acontecer”* (sic trabalhador do eixo Nascente).

Afirmaram ter surtido efeito favorável a junção da assistência e da saúde, pois a saúde não sabe o que acontece na assistência social, a própria assistência tem dificuldade de entender o trabalho desenvolvido também dentro das diferentes complexidades. Alguns dos participantes sentiram-se perdidos com relação aos objetivos e finalidades do grupo e do apoio matricial. O espaço também foi reconhecido como de cuidado e “desabafo” para os trabalhadores, principalmente pela troca de experiências entre os pares.

Os encontros também mostraram pontos difíceis enfrentados na rede, entretanto, questões relacionadas a encaminhamentos dos casos e costuras da rede dependeram da participação e do posicionamento dos demais participantes do grupo. Uma questão levantada foi a de como e quando a saúde conseguirá trabalhar junto da assistência de uma forma mais fluida, contínua e longitudinal. Entendendo que as políticas públicas devem ser construídas a partir de discussões com os diversos atores. Os trabalhadores conseguiram se colocar nas discussões de casos, trouxeram as dificuldades nos processos de trabalho. Ter diferentes profissionais, de categorias e serviços, contribuiu para a ampliação da discussão e permitiu abranger uma nova perspectiva de cuidado para os usuários. Compartilhar sobre os casos e a sua gravidade também ajudou os profissionais a se sentirem menos impotentes frente aos atendimentos de pessoas expostas à violência. Os encontros foram potentes.

O espaço foi reconhecido como um espaço de troca, acolhimento e de reflexão. Foi um espaço facilitador no que diz respeito à troca entre serviços diferentes, pois os serviços do SUS e do SUAS não conversam muito bem, mas trabalham com a mesma população e demandas. Os encontros serviram para aprendizado dos profissionais, a discussão dos casos trouxe para os profissionais da saúde a relevância de entender o racismo, a lgbtfobia como violência que fica invisibilizada e precisa ser colocada também em primeiro plano nos atendimentos. E o quanto esses temas são importantes para o dia a dia. Sair da zona de conforto dos profissionais também foi permitido através dos encontros, a violência não se dá apenas no âmbito da família, mas também é muitas vezes perpetrada pelos próprios trabalhadores.

Contudo, para alguns trabalhadores a expectativa era de que fosse um curso de formação e capacitação. Alguns profissionais problematizaram a questão de a Universidade não estar totalmente implicada com o cuidado, mas ainda estar exercendo a função de pesquisadora. A discussão de casos foi boa, porém os profissionais necessitam de mais arcabouço teórico para lidar com as demandas em relação à violência. O apoio deixou evidente que há uma fragilidade na média complexidade e de que ela precisa de ajuda para manejo e intervenções, pois os processos são lentos.

Estar nesse espaço permitiu refletir o quanto o Estado e a gestão falham, o quanto há invisibilidade das políticas, dos profissionais e conseqüentemente dos usuários assistidos. As questões são mascaradas pelo setor público e não há parcerias. Existe uma burocratização nos processos de trabalho e isso impacta no atendimento das famílias. A discussão normalmente se dá através das diferenças nos níveis de complexidade no SUAS e a prefeitura deixa os serviços segmentados, e os profissionais problematizam a baixa quantidade de recursos com que contam, e o quanto os serviços atendem os mesmos casos e também o paradoxo de casos muito complexos estarem na proteção básica.

Afirmaram que é preciso investir no preventivo. Qualificar os serviços. Principalmente da proteção básica. O espaço do apoio foi potente para permitir a conversa entre os serviços, como um espaço de apoio mútuo entre os trabalhadores que se sentem impotentes. Esse espaço permitiu pensar e construir outras possibilidades, porém os participantes manifestaram que ele teria que se estender e se tornar um dispositivo perene.

Pensando na realidade dos trabalhadores da rede, esse espaço se mostrou necessário, as instituições e profissionais precisam de espaços coletivos que visem a educação permanente, promoção da saúde e construção de rede. A universidade pode oferecer esse espaço de maneira efetiva. Os participantes apontaram que o apoio foi até onde foi possível, o grupo partilhou bastante, sentiram que nada ficou "solto" ou "desamarrado" (sic trabalhadores eixo Amarais II), pois os encaminhamentos dos casos em si foram dinâmicos e construídos cotidianamente com as famílias, cada visita domiciliar demanda muitos desdobramentos e tempo dos trabalhadores para construção da rede de cuidado.

Um dos eixos não contou com a participação de serviços da saúde nos encontros do Apoio Matricial, o que foi levantado como um ponto negativo pelos trabalhadores. Falaram das dificuldades enfrentadas para articulação de redes entre Saúde e Assistência nesse território.

As trocas realizadas entre os trabalhadores durante os encontros foram apontadas como importantes para conhecer o trabalho e as intervenções realizadas pelos outros serviços.

Os trabalhadores sugeriram a continuidade da discussão dos casos, com envio prévio dos levantamentos dos prontuários e dados para o grupo já vir mais preparado para a discussão. Além disso, propuseram a realização de um curso paralelo teórico, com envio de materiais prévios para estudo do tema principal abordado nos casos, visto que essa seria uma oferta dos apoiadores da RASEV que estão vinculados à universidade.

Acreditam que essa dinâmica ajudaria a modificar o lugar do trabalhador, e ampliaria a produção com relação às discussões e o aproveitamento desse espaço. O caminho do apoio matricial deve se manter, pois quanto mais essa discussão é afinada, mais os processos de trabalho podem ser entendidos entre esses serviços. Só com o tempo essas questões podem ser resolvidas, principalmente dos usuários que ainda não se sentem confortáveis para se abrir e ainda não foram capazes de nomear a violência que sofrem.

Os participantes têm, também, expectativas para a inauguração do ambulatório na UNICAMP, pois assim será possível atender melhor o território. Ressaltam a angústia sentida com a dificuldade no encaminhamento das famílias para os atendimentos grupais do NAPEV. Percebem que os usuários atendidos pelos serviços apresentam muita dificuldade em se colocar, em se abrir, muitas vezes não conseguem falar, precisam ter muita confiança nos trabalhadores. Implementar o ambulatório e a RASEV será um desafio, mas é grande o desejo e a expectativa de que possa acontecer de modo contínuo para assim os usuários serem encaminhados efetivamente.

Quadro 6- Resultados Preliminares RASEV- Devolutivas trabalhadores.

Eixo do qual participou	Como analisa o processo de Apoio Matricial na relação entre Assistência e Saúde?	Como acha que pode continuar o apoio matricial?
Eixo Nascente	<ul style="list-style-type: none"> ● Potente a interface Saúde e Assistência pois de forma multidisciplinar é possível a construção de um bom Projeto Terapêutico Singular. ● Espaços de fala e apoio mútuo permitem a vazão dos sentimentos, o que pode ampliar a resiliência com relação ao atendimento dos casos. ● O apoio matricial intersetorial foi algo não vivenciado antes pelos trabalhadores, permitiu a realização de discussões intersetoriais com mediação. ● Troca de saberes entre assistência e saúde pensando no cuidado da população. ● Produziu muita discussão, apontamentos, manejos e ofertas da rede entre assistência e saúde. ● Encontro com profissionais de diferentes categorias e níveis de atenção foi potente para sanar dúvidas da rede, de fluxo, manejo e complexidade. ● Proporcionou muito aprendizado. ● Possível perceber a distância entre a saúde e a assistência e dentro da própria assistência entre a proteção social básica e a proteção especial de média complexidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sugerem a continuidade da discussão dos casos, com envio prévio dos levantamentos dos prontuários e dados para o grupo já vir mais preparado para a discussão. ● Ressaltam a importância de juntar a prática com a teoria para a educação permanente e manter as discussões intersetoriais ● Propuseram a realização de um curso paralelo teórico, com envio de materiais prévios para estudo do tema principal abordado nos casos. ● Têm expectativas para a inauguração do ambulatório na UNICAMP, pois assim será possível atender melhor o território. ● Implementar o ambulatório e a RASEV será um desafio, mas é de grande desejo e expectativa que possa acontecer de modo contínuo para assim os usuários serem encaminhados efetivamente.
Eixo Amarais 01	<ul style="list-style-type: none"> ● Uma questão levantada é de como e quando a saúde conseguirá trabalhar junto da assistência de uma forma mais fluida, contínua e longitudinal. ● O espaço também foi reconhecido como de cuidado e acolhimento para os trabalhadores, principalmente pela troca de experiências. ● Ter diferentes profissionais, de categorias e serviços, contribui para ampliação da discussão e abranger uma nova perspectiva de cuidado para os usuários. ● Compartilhar sobre os casos e a sua gravidade também ajudou os profissionais a se sentirem menos impotentes frente aos atendimentos de pessoas expostas à violência. ● Os encontros foram potentes por não existir um espaço de apoio matricial dentro da assistência e com ela. ● Os encontros serviram para aprendizado dos profissionais. ● A discussão dos casos trouxe para os 	<ul style="list-style-type: none"> ● Articular medidas para atender a população mais vulnerável, ter espaço para discutir, pensar para onde encaminhar, medidas mais emergenciais. ● O apoio matricial deve ter seus objetivos mais claros. ● Deve fazer um trabalho de amarração para que as discussões não se percam a depender da distância de um encontro para o outro. ● O espaçamento de um mês entre um encontro e outro foi apontado como uma dificuldade frente à continuidade. ● Os encontros poderiam ter menos trabalhadores. ● É apontado que os encontros no formato presencial teriam um aproveitamento e troca

	<p>profissionais da saúde a relevância de entender o racismo, a lgbtfobia como violências que ficam invisibilizadas e precisam ser colocadas também em primeiro plano nos atendimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sair da zona de conforto dos profissionais também foi permitido através dos encontros, a violência não se dá apenas no âmbito da família, mas também é muitas vezes perpetrada pelos próprios trabalhadores. ● É um espaço facilitador no que diz respeito à troca entre serviços diferentes, pois os serviços do SUS e do SUAS não conversam muito bem, mas trabalham com a mesma população e demandas. 	<p>melhor, aproximam os trabalhadores e facilitam o conhecimento da rede e equipes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Os temas podem ser abordados de forma mais aprofundada, para melhor apropriação pelos profissionais.
Eixo Amarais 02	<ul style="list-style-type: none"> ● Para alguns trabalhadores a expectativa era de que fosse um curso de formação e capacitação. ● Alguns profissionais problematizaram a questão da Universidade não estar totalmente implicada com o cuidado, mas ainda estar exercendo a função de pesquisadora. ● A discussão de casos foi boa, porém os profissionais necessitam de mais arcabouço teórico para lidar com as demandas em relação à violência. ● O apoio deixou evidente que há uma fragilidade na média complexidade e a mesma precisa de ajuda para manejo e intervenções, pois os processos são lentos. ● A discussão normalmente se dá através das diferenças nos níveis de complexidade no SUAS e o quanto os serviços atendem os mesmos casos e também o paradoxo de casos muito complexos estarem na proteção básica. ● É preciso investir no preventivo. Qualificar os serviços. Principalmente da proteção básica. ● O espaço do apoio foi potente para permitir a conversa entre os serviços, como um espaço de apoio mútuo entre os trabalhadores que se sentem impotentes. ● Os participantes apontaram que o apoio foi até onde foi possível, o grupo partilhou bastante, sentiram que nada ficou "solto" ou "desamarrado" 	<ul style="list-style-type: none"> ● Esse espaço permitiu pensar e construir outras possibilidades, porém os participantes manifestaram que ele teria que se estender e não se tornar mais um espaço com tempo determinado. ● Esse espaço se faz necessário, as instituições e profissionais precisam de espaços coletivos que visem a educação permanente, promoção da saúde e construção de rede. ● A universidade pode oferecer esse espaço de maneira efetiva. ● Sugerem que o espaço da RASEV possa ser também uma porta de entrada para a discussão e encaminhamento dos casos para os grupos do NAPEV, para facilitar e evitar a burocratização do preenchimento de documentos para o encaminhamento. ●
Eixo Estrela	<ul style="list-style-type: none"> ● A ausência da saúde nos encontros do Apoio Matricial nesse eixo foi um ponto negativo levantado pelos trabalhadores. ● Falaram das dificuldades enfrentadas para articulação de redes entre Saúde e Assistência nesse território. ● As trocas realizadas entre os trabalhadores durante os encontros foram apontadas como importantes para conhecer o trabalho e as intervenções realizadas pelos outros serviços. ● Existem poucos espaços com propostas como 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sugerem que o apoio matricial se mantenha e que sejam encontros presenciais com os trabalhadores. ● Gostariam que o apoio desse um amparo maior para os trabalhadores, pois sentem a necessidade de abranger mais pessoas que compõem suas equipes nos serviços. ● Sentem a necessidade de mais dinâmicas entre os

6.2) Oferta de Grupos no território:

6.2.1 Recrutamento

Devido ao contexto da pandemia da COVID - 19, o acesso da população infantojuvenil e de mulheres aos serviços de saúde, justiça e assistência social foi prejudicado e muitas vezes negligenciado, ao mesmo tempo que ocorreu um aumento de casos de exposição de violência por crianças, adolescentes e mulheres, assim como evidenciou as desigualdades de classe social, raça e gênero (dados esses levantados também ao longo da etapa de implementação).

No projeto inicial, o Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas à Violência (NAPEV) ficaria sediado no Hospital das Clínicas da Unicamp. Entretanto, foi necessário deslocá-los para o território, em função da pandemia do Covid-19, e pelo impedimento de realização de atendimentos ambulatoriais, especialmente em grupo, determinado pelo Comitê de Crise da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

O NAPEV realizou grupos educativos e psicanalíticos para adolescentes (com idade entre 14 e 17 anos) e mulheres (com idade acima de 18 anos) expostos à violência, acompanhados pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde, Serviços da proteção social básica e da proteção especial tanto de média, quanto alta complexidade parceiros do projeto.

Nessa fase de Implementação do NAPEV, que foi deslocado para o território, utilizamos como estratégia do estudo piloto a seguinte configuração: foram 08 atendimentos grupais por ciclo. Em cada ciclo, os grupos ocorreram na segunda-feira e na sexta-feira das 14h30 às 16h00. Ocorreram dois grupos na segunda-feira (um psicanalítico com 10 adolescentes e outro de educação em saúde com 10 mulheres) e dois grupos na sexta-feira (um psicanalítico com 10 mulheres e outro de educação em saúde com 10 adolescentes). Os grupos foram estáveis, ou seja, com os mesmos participantes ao longo de todo o ciclo, para criarmos um espaço de construção de vínculo, sigilo, acolhimento e cuidado mútuo.

Em cada ciclo os grupos estavam vinculados a uma microrregião definida de acordo com a disponibilidade de salas para o atendimento no território e agilidade nos encaminhamentos. Mapeamos como possibilidade de espaço de atendimento os três eixos divididos em dois ciclos: eixo dos Amarais no primeiro ciclo de atendimentos (território do CRAS Espaço Esperança, Centro de Saúde São Marcos, Centro de Saúde Santa Mônica, Mãe Maria Rosa e Grupo Primavera), eixo Nascente (território do DAS Norte, Creas Norte e NASF) e eixo Estrela (território do CRAS Vila Réggio) e Casa Betel no segundo ciclo de atendimentos. Em cada ciclo ofertamos o atendimento de 40 pessoas (20 adolescentes e 20 mulheres), estimulando que cada eixo encaminhasse 40 pessoas (20 adolescentes e 20 mulheres) por meio do formulário online.

O formulário online de encaminhamento conteve um cabeçalho com os critérios de encaminhamento. O formulário foi dividido em três partes: 1) Identificação do encaminhador; 2) Identificação do participante e 3) Resumo do caso. Na primeira seção do formulário, o profissional preenchia a data do encaminhamento, a identificação do profissional de referência, o nome do serviço encaminhador, se é vinculado à saúde ou assistência, o telefone do serviço encaminhador. Na segunda seção, ele preenchia dados de identificação do participante como nome completo, data de nascimento, idade, gênero, cor, endereço, telefone, nome da escola que frequenta (para adolescentes), motivo do encaminhamento. Na terceira seção, ele preenchia os seguintes pontos: a) Descreva o sofrimento psíquico associado à exposição a violência (identificado e avaliado pela equipe ou autorreferido pelo usuário do serviço); b) Como a situação está relacionada socioeconômica e cultural do núcleo familiar? Desde quando o serviço acompanha o núcleo familiar? Quais acompanhamentos/atendimentos foram ofertados para o núcleo familiar / usuário do serviço? c) Em quais serviços a pessoa é acompanhada atualmente (escola, serviço de fortalecimento de vínculos, instituição de acolhimento, ou outros pontos/serviços da rede de políticas públicas não mencionados)?; d) O usuário (a) encaminhado (a) faz uso de medicamentos? Se sim, citar quais (nome e mg).

Como estratégia para efetivação do fluxo de encaminhamento no 1º Ciclo “Eixo Amarais”, a articulação foi feita por gestores, referências do CGP para os

trabalhadores que lidam diretamente com o público-alvo. Nesse sentido, o Comitê Articulador “Amarais” contou com 04 referências, conforme o quadro abaixo:

Quadro 7. Número de referência por serviço.	
Serviços	Profissionais de Referência
1º Ciclo “Eixo Amarais”	
NASF	2
Das Norte	1
CREAS Norte	1

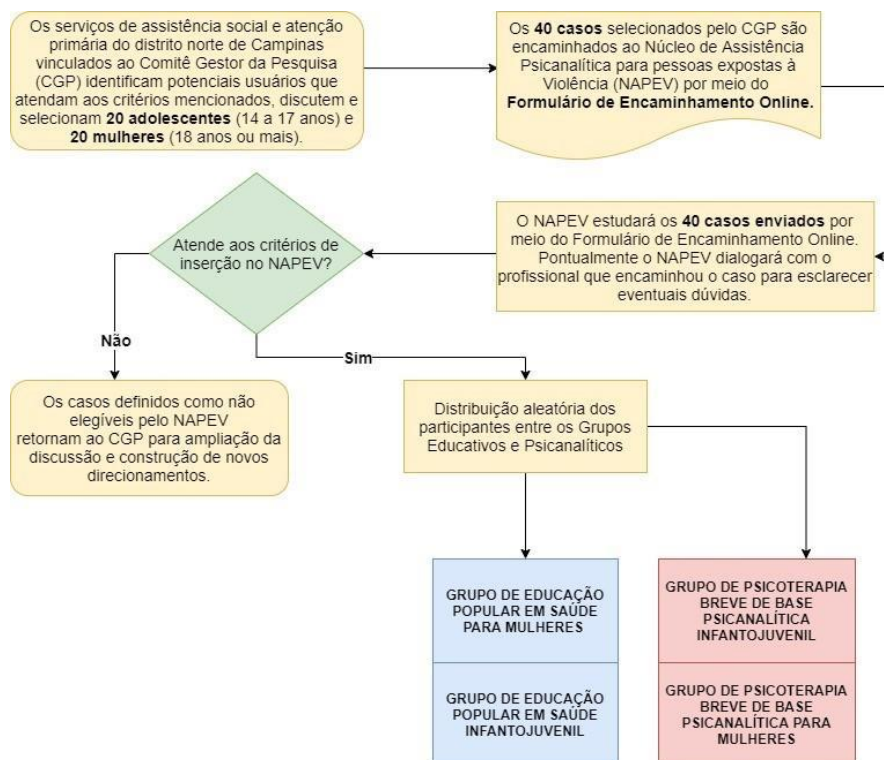
Os trabalhadores dos serviços vinculados ao CGP discutiram junto às referências listadas acima os casos elegíveis, segundo os critérios de inclusão e exclusão no NAPEV. As referências de cada eixo foram responsáveis pelo preenchimento do formulário online. As referências se reuniram e mantiveram contato com uma figura de apoio do NAPEV para alinhar os critérios de encaminhamento, tirar eventuais dúvidas a respeito dos mesmos e ter toda a orientação necessária para consolidar o preenchimento do formulário online.

Nesse sentido, houve a construção participativa do fluxo de encaminhamento por meio do CGP e do Comitê Articulador “Amarais”. Nos Comitês foram monitorados os desafios e as potencialidades do desenho do fluxo de encaminhamento em experimentação. Identificadas algumas dificuldades, já realizamos adequações, visando aprimorar o fluxo de encaminhamento no 2º Ciclo de Atendimentos no Eixo “Nascente” e “Estrela”.

No primeiro ciclo de atendimentos, o fluxo de encaminhamento foi centrado na figura das referências dos serviços, que em sua maioria eram gestores. As referências tiveram como papel central fomentar, orientar e articular os serviços conveniados para estimulá-los a fazer os encaminhamentos de

acordo com os critérios de inclusão. Segue abaixo o desenho do fluxo de encaminhamento utilizado no primeiro ciclo de atendimentos da fase piloto da implementação do NAPEV.

Figura 9. Fluxo de encaminhamento do primeiro ciclo de atendimentos “Eixo Amarais”.



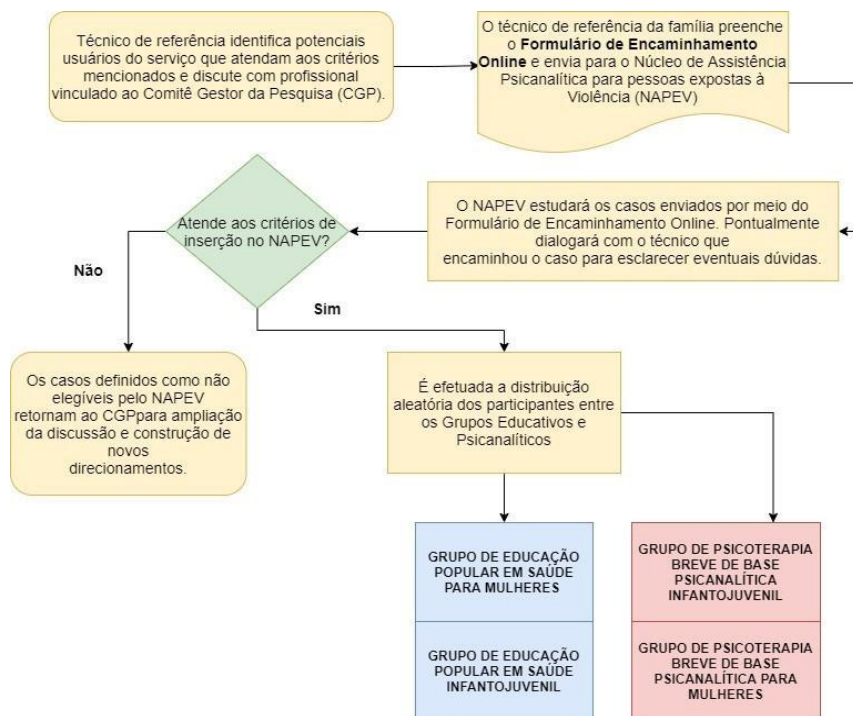
Para os encaminhamentos do 2º ciclo de atendimentos foram feitos os seguintes ajustes: os encaminhamentos foram feitos pelos os trabalhadores que lidavam diretamente com as famílias de pessoas expostas a violência via discussão dos casos na RASEV, ou seja, houve uma descentralização da figura de referência antes focada no gestor do serviço para os trabalhadores da ponta; identificou-se a necessidade de melhor caracterização dos encaminhamentos e realização de nova apresentação da proposta dos atendimentos do NAPEV e da ficha de encaminhamento nos encontros de cada eixo da RASEV, o que consistiu na qualificação dos encaminhamentos.

Também foi ofertado passe de transporte público para os usuários participarem dos encontros neste segundo ciclo, questão apontada pelos trabalhadores como importante para a adesão dos participantes, que apresentavam em sua maioria grande vulnerabilidade social. Nesse sentido, o NAPEV conseguiu ofertar um serviço complementar aos demais serviços

oferecidos pela rede no distrito norte de Campinas.

Por fim, identificamos a necessidade de construir um manejo e abordagem sensível do convite dirigido ao público-alvo. Identificamos que o estigma associado à exposição à violência poderia estar afastando as pessoas do espaço de cuidado em saúde, pois nem sempre o público-alvo quer falar ou ouvir sobre o tema. Nesse sentido, no momento do convite, os encaminhadores ofertaram o “grupo de mulheres” e o “grupo de adolescentes” e não o “grupo de mulheres expostas à violência” ou de “adolescentes expostos à violência”.

Figura 10. Fluxo de encaminhamento do primeiro ciclo de atendimentos “Eixo Amarais”.



6.2.2 O desenho quase experimental- Estudo randomizado controlado.

Já na fase da pré-implementação do NAPEV tínhamos realizado ajustes quanto ao desenho do fluxo de encaminhamento e aos modelos de atendimento em grupo psicanalítico e em educação popular em saúde para adolescentes e mulheres, sempre de maneira participativa, junto ao Comitê Gestor da Pesquisa.

Para além disso, os terapeutas tiveram um espaço de capacitação para aprimoramento da prática desde a fase de pré implementação.

Já na fase de implementação, a inclusão dos adultos e adolescentes no estudo foi feita mediante Termo de Consentimento e o Termo de Assentimento, com assinatura respectivamente dos pais e/ou responsáveis legais e dos adolescentes. Seguiu-se as recomendações para pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução No 466 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em relação aos materiais para a realização dos grupos, o modelo de atendimento tem exigido: 12 cadeiras (10 participantes e 2 terapeutas).

Em função do novo coronavírus (Covid -19), todos os dias foram disponibilizados máscaras e álcool em gel para todos os participantes. O ambiente foi higienizado com álcool líquido 70% antes e após a realização dos grupos. Os participantes utilizaram máscaras e mantiveram o distanciamento social (1,5 metros). As janelas e portas das salas foram mantidas abertas durante os atendimentos, garantindo a circulação de ar. É importante ressaltar que a instituição onde os participantes foram atendidos disponibiliza banheiro contendo pia e sabão para higienização das mãos.

O encaminhamento foi feito mediante formulário online, apresentado anteriormente, de acordo com os seguintes critérios:

Quadro 8. Critérios de encaminhamento constantes do formulário de encaminhamento online.

1. Ser adolescente com idade entre 14 e 17 anos (meninos e meninas) ou mulheres com 18 anos ou mais.
2. Não estar em acompanhamento psicoterápico regular nos últimos seis meses.
3. Não apresentar transtorno mental grave.

4. Desejar participar de atendimentos em grupo.

5. Apresentar sofrimento associado à exposição à violência.

O objetivo deste componente do estudo foi monitorar, em ambiente natural, os desfechos do grupo terapia breve de base psicanalítica, enquanto uma tecnologia de atenção psicossocial, e sua adequação à sociedade e à cultura brasileira. Nesse sentido, tanto as diretrizes consolidadas nos estudos de implementação, quanto os modelos de ensaios clínicos tornam um parâmetro relevante para pensarmos na seguinte questão: como avaliar os ganhos obtidos por meio de uma intervenção psicossocial?

Os estudos randomizados controlados (RCT do inglês Randomized controlled trial) fornecem o melhor nível de evidência sobre a *eficácia* e *efetividade* de um tratamento. Considerando esse aspecto, compreendemos que melhor se aplicaria ao estudo presente um ensaio clínico randomizado controlado. Isso foi modificado do objetivo original do projeto que propunha um desenho quase experimental.

“Um ensaio clínico é a melhor maneira de avaliar se uma intervenção funciona, mas sem dúvida a pior maneira de avaliar [...] quem beneficiará” (Kravitz et al. Milbank Quarterly. 2004;82: 661-687).

Nesse sentido, agora queremos saber não só se a grupo terapia breve de base psicanalítica (intervenção) e os grupos educativos (contrafactual) funcionam para diminuir sintomas de ansiedade, depressão e aumentar a qualidade de vida autorreferida, mas também se são ferramentas capazes de beneficiar a saúde de pessoas expostas à violência.

Na fase de implementação da pesquisa, foram ofertados grupos no território para o público infante-juvenil (14 a 17 anos) e para mulheres (com idade igual ou acima de 18 anos) moradores da região norte de Campinas/SP. Após o encaminhamento estes foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: um

grupo que foi exposto à grupo terapia breve de base psicanalítica (intervenção) e outro que foi exposto aos grupos educativos (contrafactual).

Os participantes foram avaliados antes e depois da intervenção. Os desfechos clínicos da intervenção foram mensurados por meio da comparação das médias entre o grupo que seria exposto à grupo terapia breve de base psicanalítica (intervenção) e o outro que seria exposto aos grupos educativos (contrafactual). Nesse sentido, a coleta de dados ocorreu em duas fases: a avaliação inicial (antes da intervenção) e a avaliação final (posterior à intervenção). O processo ocorreu em 10 encontros.

O primeiro encontro com os participantes consistiu na aplicação de um questionário sociodemográfico e de testes psicométricos validados para o português brasileiro. Corridos esses oito encontros, houve novamente a aplicação dos testes para mensurar possíveis mudanças resultantes da intervenção. Denominamos esse processo de ciclo. Planejamos que, para obter uma amostra significativa, serão necessários quatro ciclos, totalizando 128 participantes. Entretanto, o tamanho da amostra será estimado a partir do estudo piloto em desenvolvimento na etapa atual.

O modelo teórico da grupo terapia breve de base psicanalítica mantém o seguinte enquadre: associação livre entre os participantes do grupo, atenção flutuante, neutralidade, abstinência, investigação das fantasias inconscientes, busca por conectar representação-coisa ao afeto, transferência e contratransferência, análise das resistências e conteúdo das associações, observação dos efeitos da limitação do tempo sobre pacientes e terapeutas (aceleração do processo, fantasias de onipotência e impotência, angústias mobilizadas). Os grupos ocorreram ao longo de 1h30.

A utilização de grupos educativos na atenção primária à saúde pode sensibilizar as famílias no sentido da prevenção, promoção e recuperação da saúde (RIBEIRO, 2012). Há grupos educativos em saúde que visam promover a qualidade de vida de adolescentes por meio de metodologias problematizadoras (ALMEIDA; AMARAL; GOMES; DIAS; SILVA, 2014). Essa abordagem foi a escolhida para ser a contrafactual por ser amplamente prevalente no SUS.

A seguir estão descritos os modelos de atendimento planejados tanto para

os grupos de intervenção, quanto para o grupo educativo e os resultados parciais obtidos quanto aos grupos.

6.2.3 Grupos educativos

Em 2013, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP) foi institucionalizada no SUS, tornando-se uma ferramenta para ampliação da gestão compartilhada e da participação social, revelando-se um meio para garantia da integralidade, redução das desigualdades e iniquidades sociais, promovendo a melhoria da qualidade de vida da população, através da agregação dos valores culturais, práticas e saberes que estão na sociedade e assim “fortalecer os vínculos emancipatórios para que o cidadão tenha cada vez mais autonomia de decisão em como se cuidar e mais amplamente no seu jeito de andar a vida” (BRASIL,2014,p.22).

A Educação Popular em Saúde mostrou-se oportuna para a realização dos grupos de comparação do estudo randomizado inicialmente idealizado, porém, devido ao cenário da pandemia de COVID-19, não foi possível atingir o número de participantes necessário para realizar um comparativo entre os grupos. No entanto, pode-se realizar uma descrição qualitativa dos resultados preliminares da intervenção realizada.

6.2.3.1 Para adolescentes

No primeiro ciclo de encontros do grupo de educação popular em saúde com adolescentes, somente duas participantes compareceram no primeiro encontro, de modo que este ciclo não teve continuidade. Este encontro único foi realizado no dia 25/06/2021 a partir de encaminhamentos realizados pelos eixos Amarais I e II e o local do encontro foi a ONG Mãe Maria Rosa. Após várias discussões foram implementadas estratégias para o segundo ciclo, tais como: Entrega de passes de ônibus e lanches a cada encontro, de modo a facilitar a participação.

Os grupos educativos com adolescentes tiveram como facilitadores uma mestrandia em saúde coletiva (psicóloga) e um residente em saúde coletiva e saúde mental (fonoaudiólogo), ambos ligados à Faculdade de Ciências Médicas

da Unicamp e ao grupo de pesquisa Interfaces. Supervisões de cada encontro ocorreram com frequência semanal realizada por uma das pesquisadoras principais, com objetivo de realizar alinhamentos referentes à metodologia, por meio de leituras e no compartilhamento de experiências.

O segundo ciclo de encontros dos grupos educativos com adolescentes ocorreu com frequência semanal e duração de 90 minutos a cada encontro. Após o término de cada encontro, eles eram transcritos em diários de campo. No total, foram realizados oito encontros, sendo o primeiro encontro realizado no dia 08/10/2021 e o último encontro no dia 03/12/2021.

O local escolhido foi o CRAS Vila Réggio, localizado no Distrito Norte de Campinas, região de moradia dos participantes e com altos índices de vulnerabilidade da cidade. Todos os adolescentes foram encaminhados pelo eixo Estrela pela Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência (RASEV).

Todos os adolescentes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Termo de Assentimento foi assinado pelos pais e/ou responsáveis, visto os participantes do estudo serem menores de idade. Antes do início do primeiro encontro os participantes responderam a uma ficha sociodemográfica, para caracterização dos participantes.

A metodologia utilizada foi a Educação Popular, criada por Paulo Freire, especialmente os chamados círculos de cultura. Esta metodologia tem como importante norteador a horizontalidade das relações entre educador e educandos, com valorização do diálogo democrático e da experiência de vida de cada participante, sendo coletiva a identificação dos problemas e a criação de soluções. Desse modo, todos têm lugar de fala e são considerados ativos nos seus processos de viver.

Ao longo dos encontros, foram utilizados recursos, tais como: uso de imagens, músicas, materiais para escrita e desenho, colagens, além do compartilhamento de produções próprias dos adolescentes e pesquisa virtual. Estes materiais propiciaram as discussões coletivas dos temas geradores levantados pelos adolescentes nos encontros, sendo discutidas, por exemplo, temáticas como família, desigualdade de gênero, racismo e projetos para o futuro.

No total, participaram dos grupos sete adolescentes, todos solteiros e sem filhos, sendo seis adolescentes do sexo feminino (85,7%) e um adolescente do sexo masculino (14,3%), todos com idades entre 14 e 17 anos, o qual foi critério para esta pesquisa. Dentre os participantes, uma menina se considerava branca (14,3%), enquanto os demais participantes (seis) se consideravam pardos ou negros (85,7% da amostragem). Todos os participantes possuíam o ensino médio incompleto, estando inseridos em unidades escolares.

Foi possível constatar que todos os adolescentes foram vítimas direta e/ou indiretamente da violência, com relatos principalmente de violência doméstica, racismo, negligência e *bulliying*. Também houve a elaboração sobre o papel do adolescente enquanto agente causador da violência, em especial através do *bulliying* e *cyberbullying*.

No último encontro foi realizada uma avaliação com os participantes, sendo que todos avaliaram como positiva a possibilidade de discussão coletiva de temas relevantes como os levantados por meio das palavras geradoras, destacando-se as temáticas do racismo e violência de gênero. Foi possível notar a ampliação de conhecimentos e da capacidade crítica dos participantes, com desvelamento de potencialidades, especialmente voltados para projetos para o futuro. Foi relatado o desejo da continuidade dos encontros e discutida a continuidade da parceria entre os participantes.

Após o término dos oito encontros, uma reunião de devolutiva sobre cada caso foi realizada para os profissionais da rede (responsáveis pelos encaminhamentos dos adolescentes).

6.2.3.2 Para mulheres

Ao longo do ano, foram realizados dois ciclos de grupos de educação popular em saúde com mulheres, maiores de 18 anos, vítimas ou expostas à violência, residentes no distrito norte do município de Campinas/SP e encaminhadas pela RASEV- Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência.

Cada ciclo foi composto por 8 encontros presenciais com o limite de no máximo 10 participantes e 2 facilitadores (mestranda e residente da saúde mental saúde coletiva e saúde mental, ligados à Faculdade de Ciências Médicas

da Unicamp e ao grupo de pesquisa Interfaces), os quais receberam treinamento prévio e supervisão semanal para conduzir o grupo. Os encontros foram realizados uma vez por semana com duração de 90 minutos e transcritos em diário de campo após o seu encerramento pelos facilitadores e compilados num único arquivo. Todas as mulheres preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os grupos foram inspirados e organizados a partir do itinerário freireano, através dos círculos de cultura como metodologia. Desta forma, deu-se assim a estrutura dos grupos: a Investigação Temática, a qual procurou descobrir o universo vocabular dos sujeitos, palavras e temas do cotidiano, foi realizada no primeiro encontro. A Codificação e Decodificação, que é a investigação dos significados dos temas ao ampliar o conhecimento e a tomada de consciência dos envolvidos e o Desvelamento Crítico, momento de realizar a reflexão do que foi proposto na codificação objetiva, ao interpretar a realidade e suas possibilidades de intervenção, foram realizados em todos os demais encontros. Sendo o último encontro para realizarmos a avaliação do processo.

Do dia 21 de junho de 2021 à 09 de agosto de 2021, ocorreu o primeiro ciclo de grupos e foi realizado na ONG Mãe Maria Rosa pertencente ao eixo Amarais I e II e contou com a participação de 4 mulheres e do dia 04 de outubro de 2021 à 13 de dezembro de 2021 foi realizado o segundo ciclo de grupo na UBS José Alfio Piason “San Martin” do eixo Nascente, 13 mulheres foram encaminhadas, porém apenas 4 participaram do grupo, ambas amostras foram compostas por mulheres de diferentes idades, de 23 à 60 anos, e raça/cor, porém pode-se observar o predomínio de mulheres pretas e pardas, aproximadamente 75% da amostra. No primeiro encontro dos dois ciclos, as participantes responderam a uma ficha sociodemográfica, para realizarmos posteriormente a caracterização dos sujeitos. Ao longo dos dois ciclos, utilizamos recursos como imagens retiradas da internet, vídeos, fotos pessoais das participantes, músicas, notícias, textos e colagens para discutirmos os temas geradores que foram elencados pelos participantes e que estão diretamente e indiretamente relacionados a violência sofrida por estas mulheres.

Devido a abrangência territorial do segundo ciclo de grupos e, a fim de auxiliar a permanência e a participação das mulheres nos encontros, passes de

ônibus foram oferecidos para que não tivessem nenhum gasto financeiro para frequentar os grupos. Nos atendimentos realizados, também foi observado a dificuldade apresentada por algumas mulheres e adolescentes para iniciar ou mesmo permanecer nos encontros, em razão da ausência de rede de apoio para cuidado de filhos e irmãos. Esse impedimento para que pudessem permanecer ou chegar até o atendimento caracterizou-se como importante barreira de acesso ao cuidado proposto.

Essa demanda trouxe a necessidade de uma adaptação do projeto, no qual se constatou a necessidade de ofertar um ambiente facilitador mediado pelo brincar, para a proteção e cuidado dos filhos, filhas, irmãos e irmãs, das mulheres expostas à violência durante a sua participação nas atividades grupais do NAPEV. Isso foi fornecido por meio de facilitadores que acompanharam essas crianças durante o período em que as mães e/ou cuidadoras estavam no grupo. Esses facilitadores foram recrutados num curso de psicologia e ressarcidos pelo projeto de pesquisa.

Oferecer um ambiente facilitador do desenvolvimento infanto-juvenil, por meio da brincadeira, para crianças e pré-adolescentes expostos a violência, diminuindo as barreiras de acesso ao cuidado em saúde mental de mulheres que não possuem rede de apoio para cuidados com filhos e irmãos foi um diferencial para a oferta e manutenção dos grupos no território.

Pode-se observar que todas as participantes do grupo eram mulheres casadas, com o ensino fundamental incompleto, desempregadas ou afastadas por motivo de doença, com renda familiar de até no máximo 2 salários mínimos e beneficiárias de algum programa social. Além disso, todas elas foram expostas diretamente a violência ou foram vitimadas em algum momento de sua vida, através da violência física, violência sexual e/ou psicológica, assim como estiveram em relações familiares ou conjugais marcadas pela opressão, abandono e silenciamento.

Durante os encontros, foi possível observar os efeitos da violência estrutural sofrida indiretamente em suas vidas durante as conversas em grupo e emergidas na pesquisa das palavras geradoras como o machismo, racismo, futuro, sonhos, ser mulher, resiliência, saúde da mulher, filhos, luto, confiança, direitos e justiça, medo e autoimagem. No último encontro, as participantes manifestaram sentir o surgimento de autonomia, compreensão da emancipação,

que conduz para a conscientização do problema e ao desvelamento das potencialidades, mediante a reflexão com os pares acerca das situações vividas. E, como resultado, demonstraram iniciativa de perpetuar os encontros entre os envolvidos e as mulheres da comunidade.

6.2.4 Grupo terapia breve psicanalítica:

A questão do setting, do enquadramento manteve-nos atentos. Qual enquadre seria mais adequado para atender mulheres e adolescentes expostos a situações de violência, de forma que pudessem falar e associar livremente num ambiente seguro? Como conciliar o enquadre clínico com o enquadre da pesquisa? A situação pandêmica do COVID-19 em março de 2020 nos colocou diante do desafio paradoxal de cuidar das questões de segurança sanitárias que ameaçavam a continuidade do grupo, ao mesmo tempo que era urgente oferecer espaços de escuta já que, desde o início da pandemia, houve aumento das mais diversas formas de violência contra as mulheres, crianças e adolescentes (Rodrigues, et. al 2020).

Em 2020 estudamos e desenvolvemos o desenho do enquadre da grupoterapia psicanalítica em 8 sessões, aproveitando a experiência dos terapeutas e pesquisadores com psicoterapia de grupo e psicoterapia breve psicanalítica.

Com o objetivo de pautar os grupos terapêuticos na escuta psicanalítica, mantivemos o essencial deste enquadre: associação livre entre os participantes do grupo, atenção flutuante, neutralidade, abstinência, investigação das fantasias inconscientes, busca por conectar representação-coisa ao afeto, análise da transferência, contratransferência, resistências e conteúdo das associações, bem como a observação dos efeitos da delimitação do tempo sobre pacientes e terapeutas, tais como a aceleração do processo, fantasias de onipotência/impotência e angústias mobilizadas (Gillieron,1996).

Os grupos terapêuticos de base psicanalítica foram coordenados por quatro terapeutas (mestrandos e residentes em saúde coletiva e saúde mental, ligados à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e ao grupo de pesquisa

Interfaces). Além dos atendimentos grupais realizados presencialmente no território Norte da cidade de Campinas em dois ciclos, que ocorreram de junho a dezembro de 2021, realizamos supervisão semanal, após cada uma das sessões de grupo.

As reuniões de supervisão tiveram duração de uma hora e quinze minutos, nos períodos de maio a setembro de 2021, antecedendo e acompanhando o primeiro ciclo de oito sessões de grupo terapia; e de outubro a dezembro de 2021, em paralelo à realização do segundo ciclo de grupos terapêuticos.

O grupo de supervisão foi oferecido como um espaço para acolher, apoiar e fortalecer a escuta psicanalítica ao fenômeno da violência, além de buscar recursos técnicos e teóricos para a clínica de grupos com tempo delimitado, discutindo manejo, intervenções e encaminhamentos, quando necessários. Tivemos a dupla tarefa de estudar e refletir sobre a experiência clínica dos terapeutas com os grupos. A proposta foi de troca de experiências e de “outras visões”, de modo que o alcance da visão do supervisor esteja relacionado com estar numa posição distinta, que o permite ver de outro ângulo (visão “outra” e não “super”), envolvido com o grupo de terapeutas, mas sem a presença corporal nos grupos de mulheres e de adolescentes. Nas supervisões buscamos na sensibilidade dos terapeutas, na experiência emocional e na análise da transferência e da contratransferência, as ferramentas para cuidar de cada caso, amplificando a função analítica de catalisar afetos.

Em 5 de maio 2021, antes do início dos grupos terapêuticos, iniciamos as reuniões do grupo de estudos e supervisão lendo sobre experiências com grupos em contextos de vulnerabilidade social, intervenções psicoterápicas breves, escuta psicanalítica no cuidado a pessoas expostas a situações de violência, trauma e transmissão psíquica inter e transgeracionais. A partir da oitava reunião, teve início o primeiro ciclo de grupos terapêuticos com mulheres e passamos à supervisão de cada uma das sessões grupais.

Em supervisão, na segunda metade do processo terapêutico, ou seja, a partir da quarta sessão do primeiro ciclo, refletimos sobre questões relacionadas às angústias dos terapeutas com o início do processo de separação dos grupos,

faltas às sessões pelos pacientes, interrupções de continuidade devido ao cancelamento de sessões em decorrência de adoecimentos na equipe de terapeutas e cuidado aos protocolos da Covid-19, e de desencontros na comunicação entre as equipes de trabalho. Retomamos as leituras e a discussão sobre a intensificação, entre terapeutas e pacientes na fase final da terapia, da angústia de separação, das vivências de castração ou de desorganização interna (Gillieron, 1996).

Ao final de cada um dos dois ciclos de grupos, os terapeutas junto com a RASEV participaram de uma reunião com os profissionais da rede que encaminharam as mulheres aos grupos para cuidar da devolutiva das participações de cada mulher e adolescentes, bem como pensar a continuidade do cuidado.

Em paralelo ao segundo ciclo de oito sessões, a coordenadora do projeto de pesquisa de implementação do ambulatório, Profa. Dra. Rosana Onocko Campos, realizou reuniões com toda a equipe de terapeutas, supervisores e pesquisadores para afinar questões relacionadas ao enquadre, oferecendo espaço para a expressão de conflitos, esclarecimentos de confusões, mal-entendidos, etc, que pudessem estar ecoando desde os grupos terapêuticos e atravessando as relações entre os profissionais da equipe. Com estas reuniões cobrimos ainda mais uma camada de cuidado frente aos "estilhaços" de violência que circulam e penetram nas equipes de saúde mental, via identificação projetiva (Joseph, 1985 e Klein, 1955).

6.2.4.1 Grupo com as mulheres

Realizamos dois ciclos de grupos com mulheres, sendo que cada ciclo contou com oito encontros/sessões com duração de 90 minutos cada sessão. Os grupos aconteceram no território do Distrito Norte de Campinas e seguiram os mesmos protocolos de prevenção do contágio da Covid-19 descritos nos grupos de educação em saúde - disponibilização de máscaras, distanciamento social e higienização das salas antes e após as sessões de grupo. Todas as mulheres preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A grupo terapia com mulheres foi coordenada por uma psicóloga mestranda em saúde coletiva e por uma terapeuta ocupacional residente em saúde coletiva e saúde mental ligadas à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e ao grupo de pesquisa Interfaces. Foram ofertados dois grupos com mulheres, um em cada ciclo de oito sessões, totalizando a participação de 16 mulheres maiores de dezoito anos.

O primeiro grupo aconteceu entre 25 de junho e 13 de agosto de 2021, no espaço MAE Maria Rosa, instituição da assistência social, e teve a participação de quatro mulheres. O segundo ciclo, que aconteceu no período de 08 de outubro de 2021 a 03 de dezembro de 2021, aconteceu também em um serviço da assistência social, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) Vila Réggio, adscrito no Distrito Norte de Campinas. Nesse ciclo, tivemos mais encaminhamentos de mulheres pelos serviços, totalizando em torno de 27 mulheres, das quais chegaram 12 no primeiro dia do grupo. Seguimos com a média de sete mulheres nos encontros seguintes, fechando a última sessão com a participação de cinco mulheres.

Na primeira sessão após nos apresentarmos, ouvimos as mulheres responderem à nossa pergunta: o que vocês entendem que estão fazendo aqui? Tal pergunta iniciou a nossa escuta, de forma que as temáticas surgiram livremente em associação livre das mulheres. Desde a primeira sessão o tema da violência esteve presente, fosse através da fala, dos gestos, dos corpos. Em um dos grupos uma mulher chegou com o braço quebrado e trouxe relatos sobre três gerações de braços quebrados, seu filho e sua neta. A transgeracionalidade da violência apareceu de diversas formas, mas também a transgeracionalidade do luto não vivido, a repetição dos traumas que se apresentou na ordem dos excessos, do transbordamento. No grupo as mulheres falaram da luta de sobrevivência dos corpos doloridos, enquanto faziam um esforço para existir psiquicamente e não só corporalmente.

Outras temáticas trazidas pelas mulheres participantes dos grupos foram: ansiedades e lutos relacionados à exposição à violência doméstica e urbana, angústias, solidão, abandonos, relacionamentos familiares conflituos, adoecimentos, sobrecarga de trabalho principalmente no papel de cuidadoras e

religião. No final do segundo grupo, que finalizou com cinco mulheres, puderam falar sobre o desejo de outras relações amorosas e sexuais, sonhar com o futuro e com lugares que ainda não conhecem.

6.2.4.2 Grupo com adolescentes

Foram ofertados dois grupos com adolescentes, realizados em dois ciclos de oito sessões cada, totalizando a participação de 09 adolescentes. O primeiro ciclo de grupos psicanalíticos com adolescentes teve início em junho de 2021, ocorrendo no Distrito Norte de Campinas no serviço da assistência social chamado Mãe Maria Rosa. Contou com a participação de 5 adolescentes do gênero feminino e com idade média de 15 anos. Foram realizados oito encontros, com frequência semanal, com duração de 90 minutos cada encontro. Ao longo dos oito encontros, 3 adolescentes tiveram frequência maior que 50%.

Durante os grupos foram abordados temas como racismo, machismo, bullying, internet, questões sociais e de gênero e todos esses temas atravessavam a vivência desses adolescentes e como eles lidam e enxergam a violência que os acomete de forma direta e indireta, de forma individual e coletiva. O primeiro ciclo se encerrou em agosto de 2021.

O segundo ciclo de grupos ocorreu de outubro a dezembro de 2021, também no Distrito Norte de Campinas, no Centro de Saúde San Martin. Foram atendidos 4 adolescentes, 2 do gênero feminino e 2 do gênero masculino, com idade média de 16 anos. O grupo também contou com 8 encontros com duração de noventa minutos. Os temas abordados foram independência, relações familiares, violência doméstica, religião e educação.

6.3 Resultados preliminares - fase de Implementação:

O primeiro ciclo de grupo terapia psicanalítica em oito sessões funcionou como uma espécie de ensaio no qual pudemos aprender sobre a necessidade de aprimorar os encaminhamentos dos casos, realizando uma ainda maior aproximação da Saúde e da Assistência Social. Entendemos que para realizar pesquisa sobre a clínica psicanalítica, o enquadre clínico não poderia ficar

secundário às demandas da pesquisa, com risco de que os pacientes não se sentissem bem recebidos, confiantes e motivados a retornar às sessões seguintes. Com o adoecimento e afastamento dos terapeutas por Covid-19, e a necessidade de cancelar e adiar sessões, os terapeutas e os participantes dos grupos foram solicitados a tolerar esta interrupção de continuidade. Nem todos puderam tolerar. Após a licença médica dos terapeutas, as mulheres não voltaram a participar do grupo e os adolescentes apresentaram muitas faltas às sessões.

O processo transferencial na relação grupo – terapeutas revelou a circulação de afetos, tais como o medo de falar sobre as vivências de exposição à violência, concomitante à necessidade/urgência de colocar em palavras tais vivências; a identificação das participantes com atuações violentas e com aspectos perversos dos vínculos com os agressores; angústias de separação e abandono em contraponto à possibilidade de ressignificar encontros breves que podem ser significativos e reparadores por serem respeitosos, confiáveis e construtivos, diferenciando-se de experiências anteriores violentas. Além das experiências de exposição à violência direta ou indireta, as mulheres também trouxeram ao grupo desejos por realizações e novas vinculações nos campos afetivo-amoroso, sexual e fraternal.

Como resultado da realização do grupo de estudos e supervisão nos dois ciclos terapêuticos, desenvolvemos um dispositivo de cuidado para a equipe de intervenção psicossocial com escuta psicanalítica eficaz e adequada à sociedade e cultura brasileira, além de melhorar a qualidade da escuta ao fenômeno da violência e da assistência em saúde mental. Com a proposta aqui apresentada, pretendemos honrar o compromisso ético-político com a inserção social de uma psicanálise viva e engajada nos problemas contemporâneos. Pudemos acessar e acompanhar a angústia presente no atendimento a pessoas expostas a situações de violência e reafirmar a importância de cuidar da escuta e da formação destes profissionais, para um atendimento humanizado e de qualidade.

As equipes que trabalham com a especificidade da clínica da violência necessitam de um tipo de suporte que vai muito além do preparo teórico e

técnico. Mergulhar no estudo e na escuta sobre o tema da violência e experiências traumáticas, sem cuidado e suporte, pode tornar-se também uma experiência violenta. Quando nos deparamos com realidades brutais, como ocorreu nos grupos terapêuticos, somos demandados a suportar uma carga emocional maior do que imaginávamos ser capazes, ou mesmo, maior do que seria possível dentro de uma relação dual. Os terapeutas dos grupos foram demandados a abrir espaços, esticar, expandir e até engrossar a “pele psíquica” (Anzieu, 1989), fortalecendo a função continente (Bion, 1962) para receber e transformar tais conteúdos, e isso foi possível através do conjunto de grupos que compõem a pesquisa do ambulatório, formando várias camadas de cuidado apoiadas sobre o pilar da RASEV.

Pela experiência com as trocas entre estas camadas, entendemos que trabalhando individualmente não teríamos conseguido dar contorno às experiências de violência que chegaram através da RASEV e do NAPEV e circularam pela equipe. Os grupos formaram camadas de acolhimento e espaço para elaboração do fenômeno do trauma diante de experiências diretas e indiretas com os diferentes tipos de violência.

Há uma primeira camada que é o grupo de terapeutas do NAPEV. Envolvendo os terapeutas, formamos um grupo de estudos e supervisão para apoiar a clínica de grupos em 8 sessões. Em torno deste grupo há o Coletivo de pesquisadores da temática da violência para ajudar a pensar os conflitos, infraestrutura e articulações em rede (Comitê Gestor, RASEV, SUS, SUAS, etc.).

No segundo ciclo de oito sessões, afinamos ainda um último envoltório de cuidado que abraça todas as camadas anteriores, com a mediação da coordenadora deste projeto. Realizamos reuniões em que trazíamos parte do que foi possível elaborar nas reuniões de supervisão sobre o movimento dos grupos quanto às ansiedades acerca do enquadre espaço-temporal, especialmente quanto à brevidade (8 sessões) e o impacto na escuta de experiências violentas, perdas, separações, lutos; e também trazíamos mal-entendidos, confusões e conflitos que atravessaram, sem elaboração, a comunicação entre pesquisadores, terapeutas e supervisores.

A construção desta trama de envoltórios foi amplificando a condição da equipe de ouvir, suportar e dar suporte para os conteúdos e atuações violentas. Com a ajuda desta rede, avaliamos que foi possível não apenas sustentar a condição psíquica de pensar dos terapeutas até a oitava sessão, como também foi possível, usando o exemplo da última sessão do grupo de mulheres do segundo ciclo, recuperar alguma ideia de esperança e desejos para o futuro.

6.3.1 Construção de evidências sobre a efetividade da psicoterapia psicanalítica grupal no tratamento de transtornos associados à exposição à violência (componente quase experimental).

Esse objetivo do presente estudo faz parte do processo de monitoramento dos desfechos do grupo terapia breve de base psicanalítica e dos grupos educativos, enquanto uma tecnologia de atenção psicossocial, e sua adequação à sociedade e à cultura brasileira.

A construção de evidências sobre a efetividade da psicoterapia grupal no tratamento de transtornos associados à exposição à violência (componente quase experimental) foi um objetivo parcialmente atingido até o momento. Em função das restrições decorrentes da pandemia do Covid-19, não foi possível realizar os grupos de forma ampla, e portanto, obter uma amostra significativa até o momento.

Os grupos terapêuticos foram implementados no território entre junho e dezembro de 2021, quando houve a vacinação de populações específicas, diminuição dos casos de Covid-19 e, portanto, maior flexibilização quanto às atividades presenciais. Ao longo da realização dos grupos, 38 participantes aceitaram responder o questionário sociodemográfico, sendo 17 mulheres e 21 adolescentes, divididos em grupos educativos e grupos psicanalíticos.

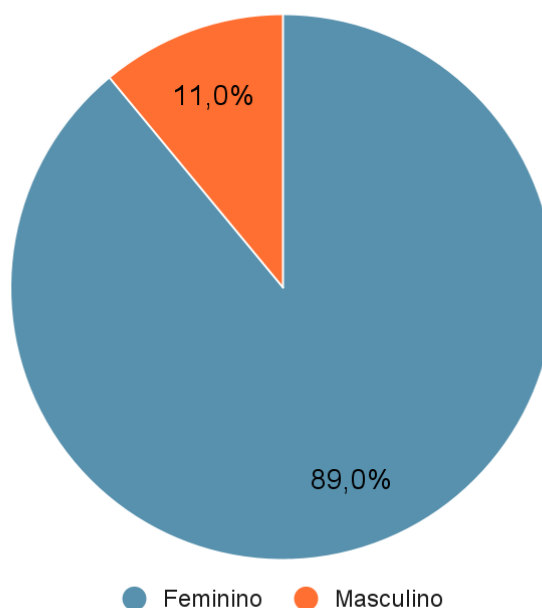
O questionário sociodemográfico foi um instrumento, a partir do qual, visamos obter dados descritivos do perfil da amostra. São 23 itens abordando questões relacionadas ao gênero, escolaridade, raça-cor, serviços de saúde, escolar e assistência social frequentados, profissão, renda familiar, benefícios de transferência de renda recebidos, dentre outras informações do núcleo familiar.

O questionário sociodemográfico conta com a versão para mulheres acima de 18 anos e com a versão adaptada para adolescentes entre 10 e 17 anos.

Tivemos 38 participantes, que responderam ao questionário sociodemográfico, com idade entre 14 e 65 anos, sendo que 89% se declararam do gênero feminino e 11% do gênero masculino.

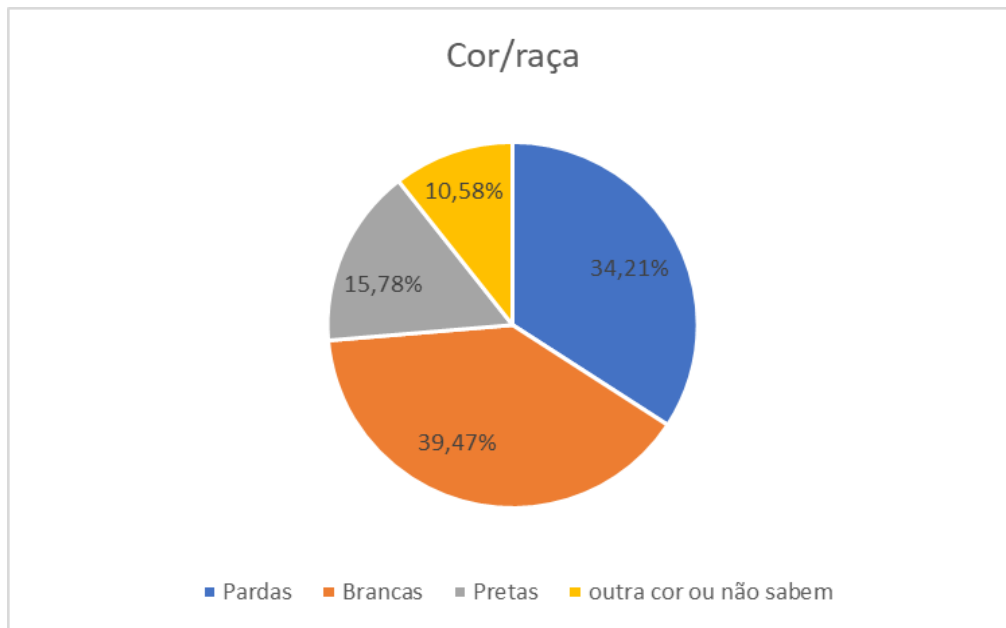
Quadro 09. Gênero autodeclarado

Gênero autodeclarado



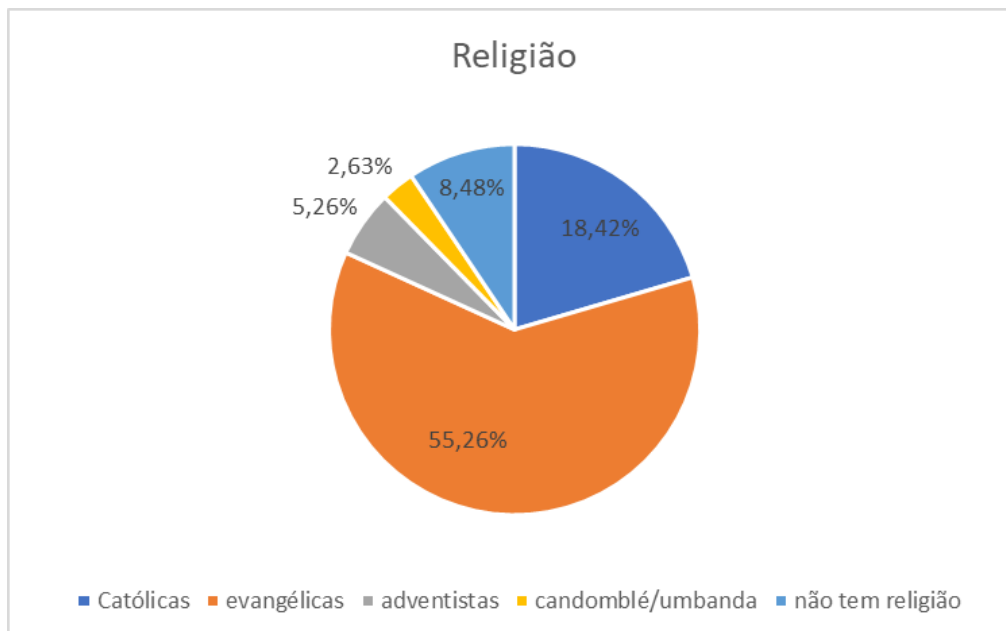
Quanto à cor e raça, 34,21% se autodeclararam pardas, 39,47% brancas, 15,78% pretas e 10,54% declararam outra cor ou não sabem sua própria cor.

Quadro 10. Cor/raça autodeclarada.



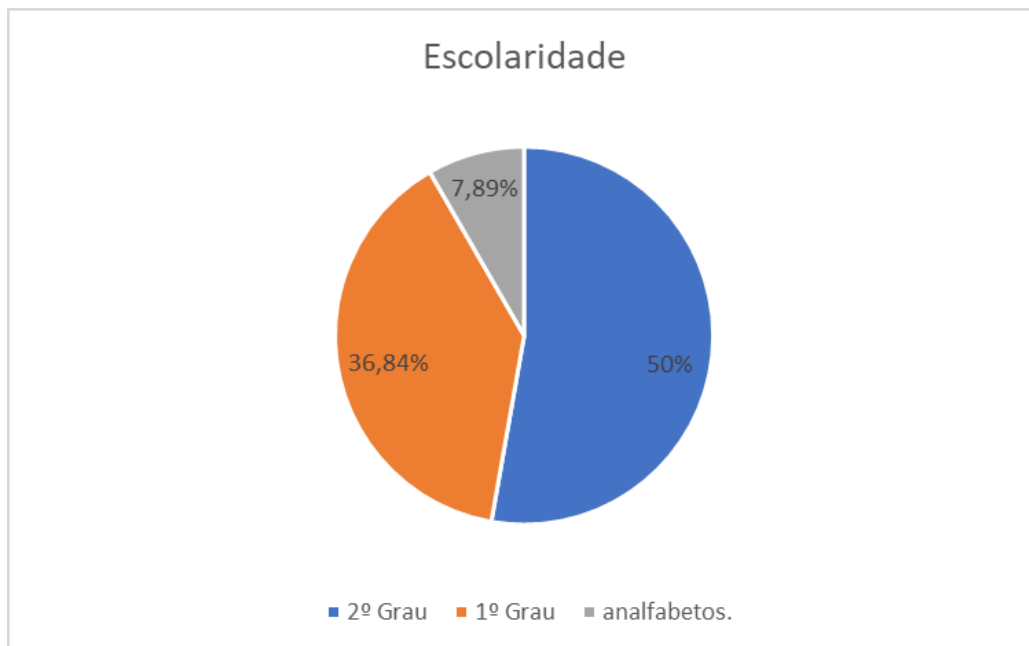
Quanto a religião, 18,42% se declararam católicas, 55,26% evangélicas, 2,63% frequentam o candomblé/umbanda, 18,48% declararam não ter religião e 5,26% declararam ser adventistas.

Quadro 11. Religião autodeclarada.



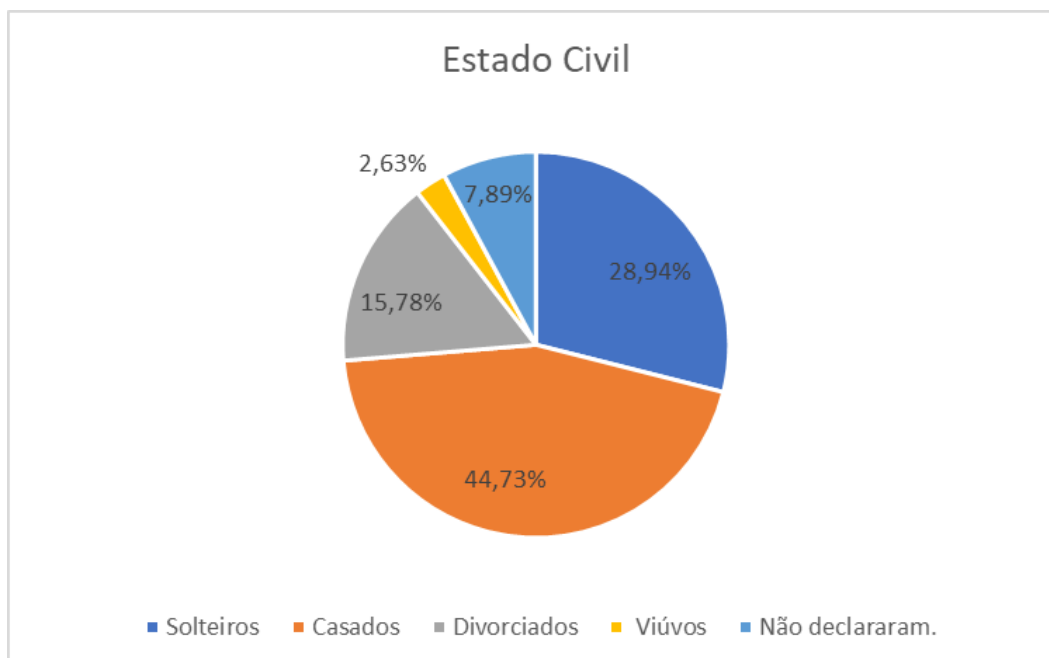
Quanto à escolaridade, 50% da amostra cursou 2º Grau, 36,84% cursou o 1º Grau e 7,89% se declararam analfabetos.

Quadro 12. Escolaridade autodeclarada.



Quanto ao estado civil, 28,94% são solteiros, 44,73% são casados, 15,78% são divorciados, 2,63% são viúvos e 7,89% não declararam.

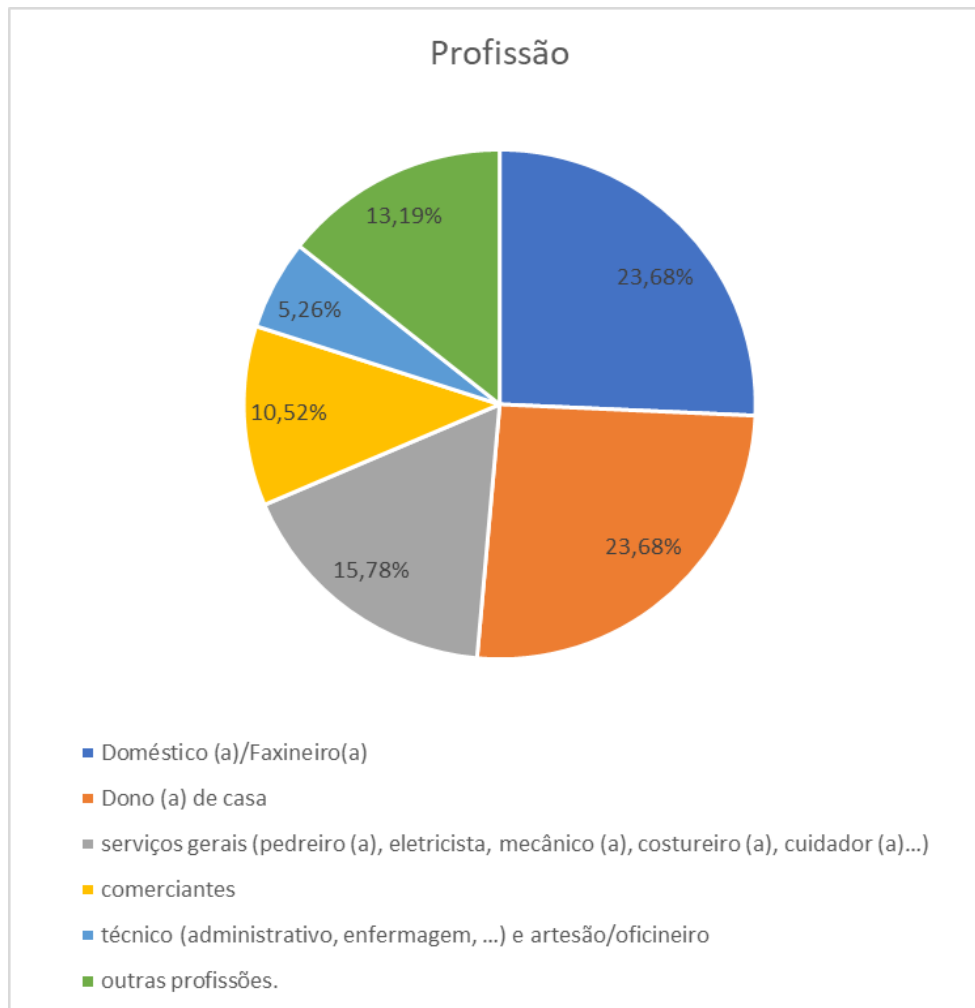
Quadro 13. Estado civil autodeclarado.



Quanto à profissão do responsável familiar 23,68% seriam doméstico (a) / faxineiro (a), 23,68% seriam dono (a) de casa, 15,78% trabalham com serviços

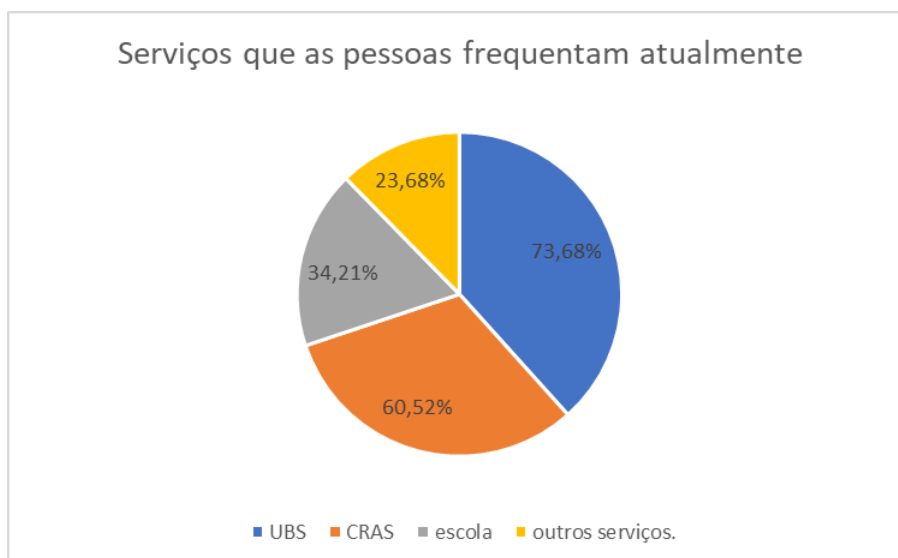
gerais (pedreiro (a), eletricista, mecânico (a), costureiro (a), cuidador (a)...) 10,52% são comerciantes e 5,26 são técnico (administrativo, enfermagem, ...) e artesão/oficineiro e 13,19% declaram outras profissões.

Quadro 14. Profissão do responsável familiar.



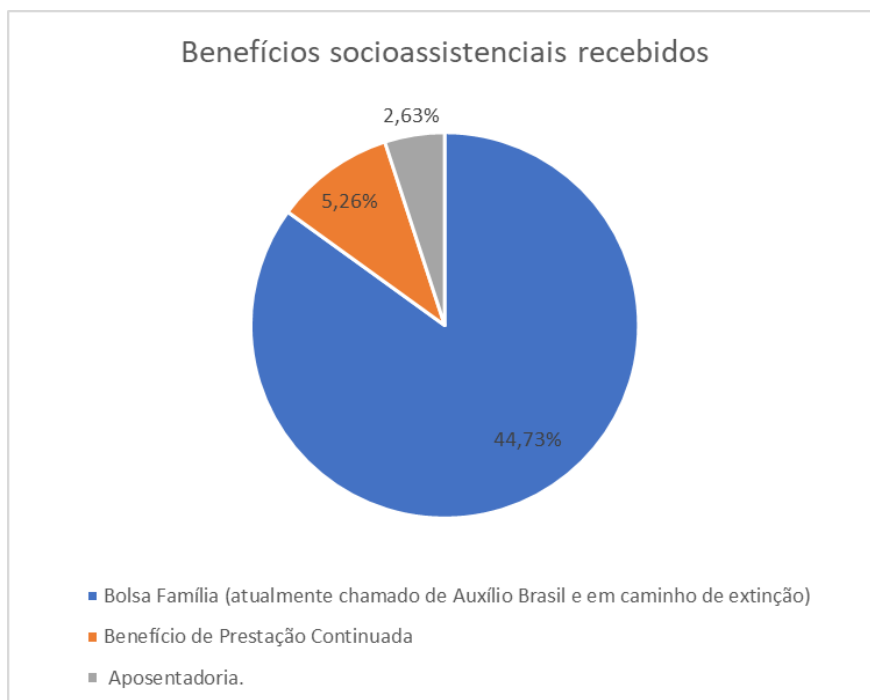
Dos serviços que as pessoas frequentam atualmente, 73,68% declararam frequentar a UBS, 60,52% declararam frequentar o Cras, ninguém frequenta o CREAS e 34,21% declararam frequentar a escola atualmente e 23,68% declararam frequentar outros serviços.

Quadro 11. Serviços frequentados.



Quanto aos benefícios socioassistenciais recebidos, 44,73% declararam receber o Bolsa Família (atualmente chamado de Auxílio Brasil e em caminho de extinção), 5,26% declararam receber o Benefício de Prestação Continuada, 2,63% declararam receber aposentadoria.

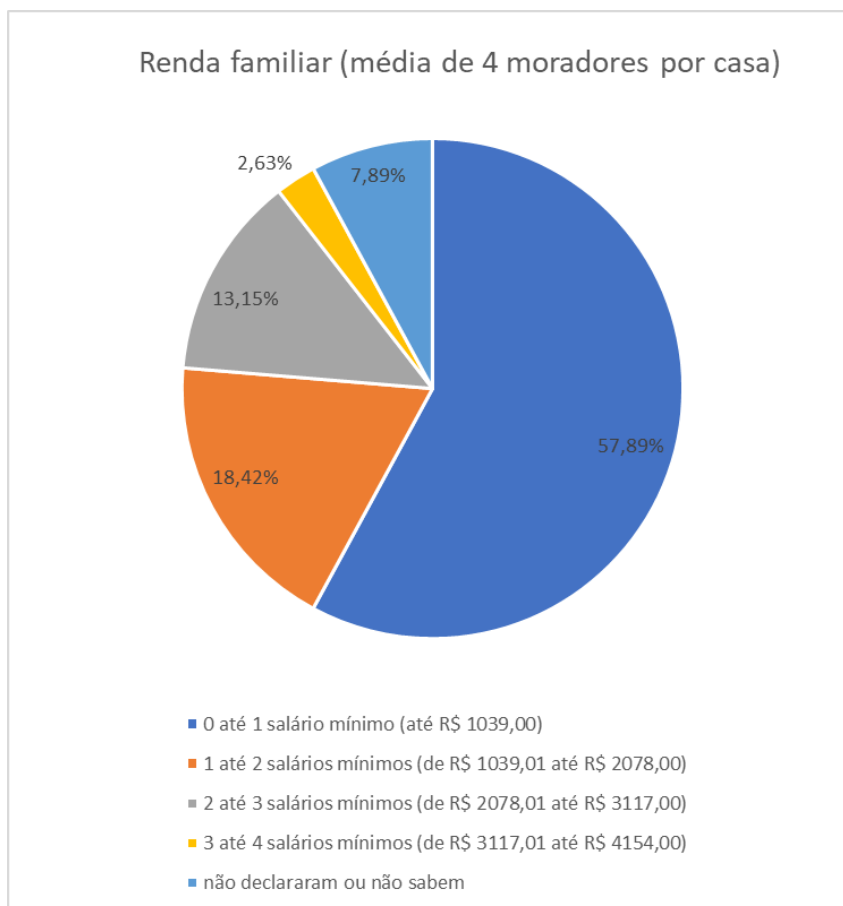
Quadro 12. Benefícios socioassistenciais recebidos pelo núcleo familiar.



Quanto à renda familiar, 57,89% declaram receber de 0 até 1 salário-mínimo (até R\$ 1039,00), 18,42% declaram receber de 1 até 2 salários mínimos (de R\$

1039,01 até R\$ 2078,00), 13,15% declaram receber de 2 até 3 salários mínimos (de R\$ 2078,01 até R\$ 3117,00), 2,63% declaram receber de 3 até 4 salários mínimos (de R\$ 3117,01 até R\$ 4154,00) e 7,89% não declararam ou não sabem.

Quadro 13. Renda familiar.



Em cada casa, há uma média de 4 moradores.

Além dos dados sociodemográficos, coletamos informações relacionadas à autopercepção de sintomas associados à depressão, ansiedade e aspectos da qualidade de vida. Para isso os aplicadores foram treinados. O preenchimento foi realizado ex ante ex post a participação nos grupos, tanto psicanalíticos como educativos.

Esses dados estão em processo de análise. As informações foram coletadas com os seguintes instrumentos:

- a) **WHOQOL-bref:** É um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, por meio do GRUPO WHOQOL, para avaliar qualidade de vida (QV). O WHOQOL-Bref é a versão abreviada do WHOQOL-100,

composto por 26 itens que se agrupam nas mesmas 24 facetas; entretanto, cada faceta é representada por apenas uma questão, e o domínio geral é composto por duas. Com base na análise psicométrica, a versão breve do instrumento apresenta quatro domínios: o domínio físico, abordando aspectos quanto a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana e dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho); o domínio psicológico, abordando aspectos tais como sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais); o terceiro domínio, das relações sociais, aborda questões sobre relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual; e o quarto domínio se refere aos aspectos do meio ambiente, tais como segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, participação e oportunidades de recreação/lazer e o ambiente físico, como poluição/ruído/trânsito/clima e transporte. Existem estudos utilizando o WHOQOL em população adolescente (acima de 15 anos), entretanto, em sua maioria, os estudos utilizam esse instrumento na população adulta, podendo ser aplicado em qualquer condição médica (psiquiátrica ou não) e na população em geral. O WHOQOL foi desenvolvido para ser um instrumento de autoaplicação, sendo autoexplicativo. No entanto, estão previstas a forma de aplicação assistida, quando o respondente eventualmente não entende o significado de alguma expressão, e a forma lida, quando o respondente não apresenta condições de ler o questionário em função de suas condições de saúde ou de alfabetização. A aplicação do WHOQOL-Bref leva normalmente entre 5 e 10 minutos.

- b) **PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9):** O Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) é derivado do PRIME-MD 12, que foi originalmente desenvolvido para identificar cinco transtornos mentais comuns em atenção primária à saúde: depressão, ansiedade, abuso de álcool, transtornos somatoformes e transtornos da alimentação. Essa

versão é um instrumento para rastreamento do episódio depressivo maior na população geral (adultos). Tradicionalmente é utilizado na atenção primária. Trata-se de um instrumento contendo 9 itens, respondidos em escala likert de quatro pontos, avaliando a autopercepção do indivíduo sobre aspectos da sua vida nas últimas duas semanas. O ponto de corte é maior ou igual a 9. O Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Brasil foi adaptado em adultos com idade maior ou igual anos. A versão chilena do instrumento conta com uma adaptação para adolescentes entre de 15 e 19 anos, com ponto de corte igual a 11. Os EUA também contam com uma versão adaptada para adolescentes (PHQ13), contendo sete itens. No Brasil não há versão adaptada e validada para adolescentes. O PHQ-9 pode ser tanto autoaplicado quanto aplicado por entrevistadores treinados. Diferentes estudos de validação aplicaram o PHQ-9 através de entrevistadores. O PHQ-9 caracteriza-se por ser um instrumento de aplicação relativamente rápida, contendo nove questões.

c) Inventário de Beck Depressão (BDI): O BDI-II contém 21 itens, correspondentes aos seguintes sintomas: tristeza, pessimismo, fracasso, perda de prazer, culpa, punição, autoestima, autocrítica, ideias suicidas, choro, agitação, perda de interesse, indecisão, desvalorização, falta de energia, alterações no padrão de sono, irritabilidade, alterações de apetite, dificuldade de concentração, cansaço e perda de interesse por sexo. Cada item é composto por quatro opções, com pontuação em escala ordinal de 0 a 3, sendo que os escores mais altos representam a maior intensidade do sintoma. A pontuação final refere-se à soma dos escores individuais; o escore total varia de 0 a 63 (Fig. 3.3.1). Instruções: Este questionário consiste de 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada frase, escolha aquela em cada grupo que melhor descreve como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) da frase que você escolheu em cada grupo. A recomendação para o uso do BDI-II é abrangente, incluindo indivíduos da comunidade e pacientes psiquiátricos e clínicos a partir dos 13 anos. A autoaplicação é a forma padronizada de aplicação do

instrumento. No entanto, é admissível que o aplicador leia as instruções ao respondente em situações nas quais há dificuldade de leitura (baixa acuidade visual; baixo nível educacional; problemas de concentração). A aplicação do BDI-II leva de 5 a 10 minutos, podendo chegar a 15 minutos em condições de aplicação oral. É conveniente examinar as respostas fornecidas pelo paciente quanto à completude e a marcação duplicadas. Quando um respondente assinala o mesmo tipo de resposta para cada um dos 21 itens do BDI-II, recomenda-se que o aplicador explique a ele que raramente todos os sintomas são sentidos com o mesmo grau de intensidade, sugerindo a revisão e reconsideração de algumas respostas. Deve-se estar atento à pontuação correta de alterações no padrão de sono (item 16) e de apetite (item 18). Esses dois itens contêm sete opções ordenadas (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a e 3b) para diferenciar entre aumento e diminuição do comportamento. Os escores possíveis desses dois itens também variam entre 0 e 3. O aplicador deve sempre considerar que a pontuação do BDI-II reflete o grau de depressão, mas não seu diagnóstico clínico. Determinar a gravidade e estabelecer o diagnóstico do episódio depressivo maior são ações que requerem avaliação adicional feita por um clínico.

d) Inventário de Beck Ansiedade (BAI): O Inventário de Ansiedade de Beck é um instrumento de autoavaliação que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. Com 21 itens, que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma: (1. Absolutamente não; 2. Levemente: não me incomodou muito; 3. Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar; 4. Gravemente: dificilmente pude suportar). Escores podem variar entre 0 e 63. A intensidade do sintoma é avaliada em relação à última semana. Trata-se de um instrumento de ampla utilização e cujas características psicométricas foram extensivamente estudadas. Apresenta um foco maior em sintomas somáticos de ansiedade. A escala foi traduzida e validada para o português e é comercializada pela Casa do Psicólogo. O BAI não é uma

ferramenta de diagnóstico, mas sua brevidade e simplicidade o tornam um instrumento ideal para uso como pré-teste de presença de transtorno de ansiedade (Quintão, Delgado e Pietro, 2013). O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais. O escore total permite a classificação em níveis de intensidade de ansiedade. A classificação recomendada é nível mínimo para escores de 0 a 7; leve, para escores de 8 a 15; moderado, de 16 a 25; e grave, para escores de 26 a 63 (CUNHA, 2001). O BAI é recomendado para aplicação em população maior de 17 anos. Tempo estimado de aplicação demora de cinco a dez minutos se o questionário for auto aplicado e cerca de 10 minutos de for pelo entrevistador.

e) Inventário de Depressão Infantil (CDI): O Inventário de Depressão Infantil (CDI) foi criado por Kovacs, 1,2 a partir de uma adaptação do Inventário de Depressão de Beck para adultos. O objetivo do CDI é verificar a presença e a gravidade de sintomas de depressão em jovens de 7 a 17 anos, a partir de seu autorrelato. O CDI pode ser aplicado na população de adolescentes com idade entre 07 a 17 anos. O CDI pode ser auto ou heteroaplicado, conforme o caso. A criança (ou o aplicador junto a ela) deve ler cada um dos itens e escolher a alternativa que mais se aproxima de como ela vem se sentindo na última semana. Não há necessidade de treinamento específico para sua aplicação, mas é recomendado que o aplicador tenha formação em avaliação psicológica e que o resultado seja interpretado por um profissional com experiência clínica, para indicar uma intervenção terapêutica apropriada em caso de necessidade. O tempo médio de aplicação é de 10 minutos, mas pode ser maior dependendo das características da criança, principalmente se a aplicação for oral. É importante ficar atento para a compreensão da criança sobre as palavras utilizadas no instrumento, pois nem todas estão familiarizadas com a gradação de frequência e podem apresentar dificuldade em diferenciar de forma adequada “de vez em quando” de “frequentemente”. Dessa forma, pode ser útil desenhar para o infante três círculos divididos em três partes e pintá-los para ilustrar o aumento da

frequência. Outra forma, que pode ser utilizada concomitante à primeira, é a entonação da voz do aplicador, quando lê para a criança, demonstrando que há crescimento na ocorrência dos sentimentos. Contudo, deve-se ter cuidado para que a aplicação, em caso de pesquisa com esse instrumento, mantenha-se padronizada, para que não haja viés metodológico.

- f) Childhood Anxiety Sensitivity Index (Casi)** Escala de avaliação de sensibilidade à ansiedade para crianças e adolescentes composto por 18 itens sobre preocupações com doenças, cognitivas e sociais com frequência e intensidade numeradas de 1 a 3. A sensibilidade à ansiedade está associada a diversos transtornos mentais como por exemplo o transtorno de pânico. O público-alvo é composto por crianças e adolescentes entre 8 e 18 anos. O CASI pode ser aplicado em amostras tanto comunitárias quanto clínicas. O CASI é uma escala autoaplicável. Entretanto, para crianças mais novas ou com dificuldades de leitura, é recomendável que o aplicador leia e explique todas as questões. A aplicação do instrumento costuma durar de 5 a 10 minutos.

7. Repercussões do Covid-19 na implementação:

Levando em consideração o contexto da pandemia de COVID 19, foi necessário repensar a oferta de cuidado presencial, em grupo e no espaço do Hospital das Clínicas da UNICAMP, durante a fase de implementação do ambulatório. Por outro lado, houve um alerta global de que crianças, adolescentes, jovens e mulheres, ao passar mais tempo em casa e distantes de figuras protetivas, ficaram mais expostos à violência (PEARSON et al., 2021).

Essa exposição à violência no contexto pandêmico acentuou desigualdades de gênero, raça e classe social (ESTRELA et al., 2020) e revelou dificuldades de incluir o desejo e as vozes das crianças, adolescentes e mulheres na construção de propostas de cuidado e prevenção (MASSÓ GUIJARRO, 2021).

Nesse sentido, foi necessário que o Comitê Gestor da Pesquisa se

debruçasse em pautas relacionadas a oferta de atendimentos aos usuários, enfrentando as adversidades apresentadas no período, resultando nas propostas já descritas ao longo deste relatório.

Observamos importante dificuldade de acesso aos usuários o que criou a necessidade de investimento maior nas questões relacionadas ao recrutamento e que nos confirmou o pouco investimento no que diz respeito ao cuidado de pessoas expostas a violência, inclusive ao longo do período pandêmico.

Para além disso, houve discrepância na oferta de vacinas para os trabalhadores, mesmo para os que mantinham o trabalho presencial, tornando também os trabalhadores expostos a algum grau de exposição a violência.

8. Resultados Preliminares da Pós-implementação

8.1 Avaliação quase experimental

Conforme projeto inicial, a avaliação quase experimental tinha como objetivo principal avaliar a efetividade da exposição aos grupos terapêuticos de base psicanalítica, adotando um desenho de estudo quase experimental tendo os usuários atendidos em grupos de base psicanalítica definidos como grupo quase experimental e os usuários vinculados aos serviços especializados na assistência de pessoas vítimas de violência alocados no distrito norte de Campinas que não seriam assistidos pelo Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas à Violência (NAPEV), como grupo controle e que, portanto, não teriam frequentado os grupos terapêuticos de base psicanalítica.

Ao longo da execução do projeto, e em função do fechamento dos serviços em função da pandemia ligada ao COVID-19, adaptações ligadas a este estudo foram necessárias. Desse modo, optamos por oferecer, também como proposta de cuidado no NAPEV, a oferta de grupos educativos, ligados a educação popular em saúde, enquanto uma tecnologia de atenção psicossocial, e sua adequação à sociedade e à cultura brasileira, alterando a proposta da avaliação quase experimental para ensaio clínico randomizado.

A construção de evidências sobre a efetividade da psicoterapia grupal no tratamento de transtornos associados à exposição à violência (componente

quase experimental) foi um objetivo parcialmente atingido até o momento. Em função das restrições decorrentes da pandemia do Covid-19, não foi possível realizar os grupos de forma ampla, e portanto, obter uma amostra significativa até o momento.

O coletivo de pesquisa mantém esforços no sentido de qualificar a avaliação quase experimental, parcialmente impedida em função da pandemia ligada a Covid-19, sustentando discussões acerca da qualificação do recrutamento de usuários para o cuidado junto ao NAPEV.

8.2 Reavaliação de dados secundários

A reavaliação dos dados secundários também sofreu prejuízos em função da pandemia.

Com os serviços fechados em parte da pré-implementação e com o atraso significativo da execução da etapa de implementação, optou-se por focar esforços no oferecimento de atendimento a pessoas expostas à violência, visto a impossibilidade de coleta ou análise de dados secundários, principalmente os que se dariam junto aos serviços ligados a atenção a pessoas vítimas de violência.

Observamos perdas na qualidade dos dados ligados a violência, principalmente na plataforma municipal de notificações (SISNOV) que, por sua vez, replicou dados ligados aos anos de 2019 e 2020 em seu boletim do ano de 2021. Em tempo, não houve a apresentação de dados referente as notificações realizadas ao longo de 2021 até o momento.

8.3 Oficina com Especialistas

A oficina com especialistas foi proposta como uma das adaptações ligadas a avaliação da implementação, visto os importantes atravessamentos ligados a pandemia nas três etapas de execução do projeto.

No início de 2022, iniciamos um ciclo de atividades que tinham como objetivo, o alcance da etapa 3 de execução do projeto. Entre essas atividades,

planejamos uma Oficina com Especialistas a fim de dar escuta a outros professores, de Universidades distintas, ao produto da pesquisa.

A oficina contou com a participação de todos os pesquisadores ligados ao projeto, e dos professores Lilia Blima Schraiber, Maria Tavares, Julio Sergio Verztman e Lilian Miranda. Nessa oficina apresentamos a pesquisa de implementação do ambulatório para pessoas expostas à violência no Hospital Universitário da Unicamp, sob a coordenação da Prof^a Dr^a Rosana Teresa Onocko Campos.

Nossa proposta foi apresentar o trabalho realizado desde a pré-implantação, através de uma pergunta norteadora: como as pesquisas de implementação podem contribuir para as políticas públicas de saúde no Brasil?

Uma apresentação foi elaborada a fim de que os convidados pudessem tomar contato com as produções relacionadas a pesquisa como um todo, explorando os objetivos gerais e específicos de cada projeto, incluindo a experiência da criação e sustentação do Comitê Gestor da Pesquisa, os grupos focais e focais hermenêuticos com crianças, pré-adolescentes, adolescentes e mulheres, assim como trabalhadores e lideranças comunitárias e as narrativas criadas e sobre a oficina de consenso realizada com o engajamento das partes interessadas.

Na etapa de implementação, pudemos levantar as questões associadas aos atravessamentos da pandemia e as repercussões disto, tanto no cumprimento dos objetivos inicialmente pensados, quanto no impedimento da realização dos atendimentos no Hospital Universitário. A decisão de ofertar os atendimentos no território, a escolha pela oferta de duas modalidades de atendimento (grupos psicanalíticos e educacionais no território com adolescentes e mulheres), assim como a construção coletiva e participativa da Rede de Apoio às Situações de Exposição à Violência - RASEV (oferta de apoio matricial intersetorial acontecia concomitantemente), e o entendimento da necessidade de supervisão clínica para os terapeutas, sessão a sessão, foram pautas amplamente discutidas neste encontro.

Nossos convidados nos guiaram a tornar mais claro nossa escolha por oito sessões em cada ciclo de grupo, levantando questões como: como o inconsciente é atravessado por esse tempo/brevidade em relação à temática da

violência? Como fenômenos de grupo refletem sobre aquilo que está sendo falado?

Sugeriram evidenciarmos a complexidade dos grupos e acessar, através de entrevistas, alguns participantes do grupo para saber como foi sua experiência, como o grupo pode contribuir e se contribuiu.

O encontro nos trouxe a reflexão sobre a necessidade de sustentação das ações ligadas ao projeto, como a elaboração de capacitação dos trabalhadores da rede e sustentação das ações ligadas a Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência (RASEV), para além da inserção efetiva e permanente do ambulatório com oferta de grupos psicanalíticos para pessoas expostas a violência e ações ligadas aos grupos educativos junto aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde.

Estes foram alguns apontamentos, aprovações e sugestões dos nossos especialistas, que acima de tudo, nos lembraram sobre o caráter quase inédito de nosso trabalho/pesquisa. Sabemos que para sustentar um ambulatório de cuidado para pessoas expostas à violência, a partir da teoria psicanalítica, precisamos construir camadas de cuidado para a elaboração da violência também em nossa equipe de pesquisadores - uma trama de envoltórios que permitam amplificar a condição de ouvir e dar suporte para conteúdos e atuações violentas, sustentando à condição psíquica de pensar em cada fase do trabalho.

8.4 Oficina de Consenso - Restituição

Uma nova oficina de consenso foi proposta ao longo da etapa de pós-implementação, a fim de minimizar as dificuldades enfrentadas em função da pandemia.

Oficinas de planejamento foram realizadas ao longo de 2022, com o coletivo de pesquisa, a fim de levantarmos questões relacionadas a importância da restituição aos atores envolvidos no projeto ao longo das três etapas de execução.

Estiveram presentes representantes do Comitê Gestor da Pesquisa, ligados a rede de saúde e assistência social, pesquisadores e coordenadora da pesquisa e trabalhadores ligados ao RASEV.

A restituição se deu na forma de apresentação dos dados de forma longitudinal, com o objetivo de que fosse possível o diálogo e feedback de todas as etapas da implementação.

Com relação a pré-implementação, foram apresentados dados relacionados as pactuações iniciais realizadas com o Distrito Norte de Saúde e Gestão Central da Assistência Social, a importância da constituição do Comitê Gestor da Pesquisa e sua sustentação ao longo da pesquisa, incluindo o investimento do coletivo no engajamento dos usuários e a realização de oficinas de planejamento para a realização da primeira oficina de consenso, que possibilitou a elaboração das diretrizes de implementação.

O desenho da RASEV também se apresentou como pauta importante ao longo da oficina, visto seu alcance em diferentes esferas da rede e por ter se caracterizado como estratégia importante e qualificada para os encaminhamentos dos usuários para o NAPEV, incluindo discussões entre as três esferas ligadas a pesquisa: Assistência Social, Saúde e Universidade.

Dados sobre o ensaio clínico randomizado também foram apresentados, incluindo a dificuldade relacionada ao tamanho da amostra para que o estudo pudesse ser realizado.

Os dados relacionados aos atendimentos das pessoas expostas à violência também foram apresentados de forma qualitativa e quantitativa, lembrados aqui os esforços do Comitê Gestor da Pesquisa para que os atendimentos pudessem se dar nos serviços do território, visto nossa impossibilidade de acesso ao Hospital Universitário.

A devolutiva dos casos para os serviços encaminhadores também foi pauta da oficina e caracterizada como importante estratégia de cuidado continuado e em rede de pessoas expostas à violência.

Realizamos uma apresentação relacionada as propostas de cuidado incluindo a escolha por grupos, a psicanálise e a educação popular em saúde, assim como a importância da implementação de grupos de estudo e supervisão dos terapeutas, entendendo como parte importante no processo de implementação do ambulatório, o cuidado com relação a elaboração da violência ouvida pelos terapeutas e pelos pesquisadores, respeitando o entendimento de que seus resquícios podem circular e penetrar nas equipes.

Para além do consenso realizado com relação a sustentação e efetiva implementação do NAPEV na UNICAMP e na rede de cuidado a pessoas expostas a violência, com oferta de grupos psicanalíticos para adolescentes e mulheres, decidimos:

- . Oferta de grupo de sala de espera com o propósito de acolhimento de filhos e filhas, irmãos e irmãs, simultâneo aos atendimentos do NAPEV, garantindo o acesso ao cuidado para quem não possui rede de apoio para o cuidado de crianças.

- . Sustentação dos grupos de estudo e supervisão semanal para os terapeutas.

- . Sustentação das devolutivas dos casos atendidos através de reuniões com serviços encaminhadores, intersetorialmente.

- . Sustentação da RASEV com continuação do Apoio Matricial intersetorial, no mesmo formato proposta ao longo da implementação, com proposta da manutenção de supervisão semanal aos apoiadores, assim como a continuidade dos encaminhamentos dentro desta estratégia.

- . Encerramento das atividades do Comitê Gestor da Pesquisa, entendendo ter este coletivo cumprido sua função ao longo das três etapas de execução do projeto.

- . Elaboração e oferta de curso de capacitação ligado ao tema da violência, ampliando a participação para trabalhadores da educação e serviços ligados a garantia de direitos.

<https://docs.google.com/presentation/d/1SOWZR0ZOM5E7d-cMXxNtfiRCZM3ikjCj/edit?usp=sharing&ouid=112450200442718290181&rtpof=true&sd=true>

9. Anexo:

9.1 Publicações e participação em eventos e congressos:

Alguns desses resultados foram publicados em 2021 no formato de artigo (SILVA et al, 2021) na Revista Vínculo (Qualis B1 para Psicologia e B4 para Saúde Coletiva), que constituiu a primeira publicação do grupo. Além disso, foram resultados apresentados e discutidos em 2019 no XII Congresso Brasileiro de Psicanálise das Configurações Vinculares e X Encontro Paulista de Saúde Mental, evento intitulado como “Vínculos em tempos de desamparo: possibilidades de trabalho psicanalítico com grupos, famílias, casais e instituições”, com alcance de cerca de 50 ouvintes/debatedores vindos de diversas partes do país e do mundo.

“Os Grupos focais hermenêuticos: resultados da pré-implementação de um núcleo de assistência psicanalítica para pessoas expostas à violência (NAPEV)” foi trabalho publicado nos Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde (ISBN: 978-65-89463-09-2).

O artigo publicado foi também apresentado no 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde (4º CBPPGS), no Eixo 8 “Violências e cuidado a grupos em situações de vulnerabilidade/discriminação”, e discutiu os resultados da fase de pré-implementação da pesquisa. O **trabalho recebeu menção honrosa e o prêmio Hesio Cordeiro na categoria “alternativas de implementação”** (https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/02/Premio_Hesio_Cordeiro_CBPPGS_2021.pdf)

A proposta do desenho do enquadre dos grupos psicanalíticos breves e uma visão preliminar do primeiro ciclo de grupos em oito sessões com mulheres e adolescentes foi apresentado no XV Encontro Luso-Brasileiro de Grupanalise e Psicoterapia Analítica de Grupo; XIII Congresso Brasileiro de Psicanálise das Configurações Vinculares; XX Congresso Nacional da SPGPAG; XIV Jornada da SPAGESP.

Os trabalhos “The Participation of Children and Youth in the Process of Implementing a Psychosocial Outpatient Clinic for People exposed to violence” e “Implementation of a Psychosocial Outpatient Clinic for People exposed to

violence in a University Hospital”, foram apresentados no Congresso Internacional da Associação de Sociologia - ISA- International Sociological Association.

Figura 13- Participação online do congresso

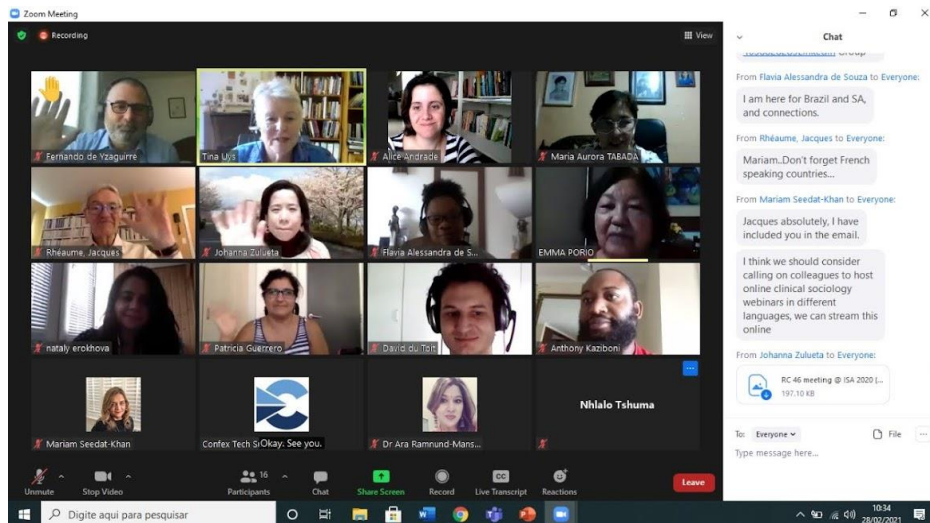
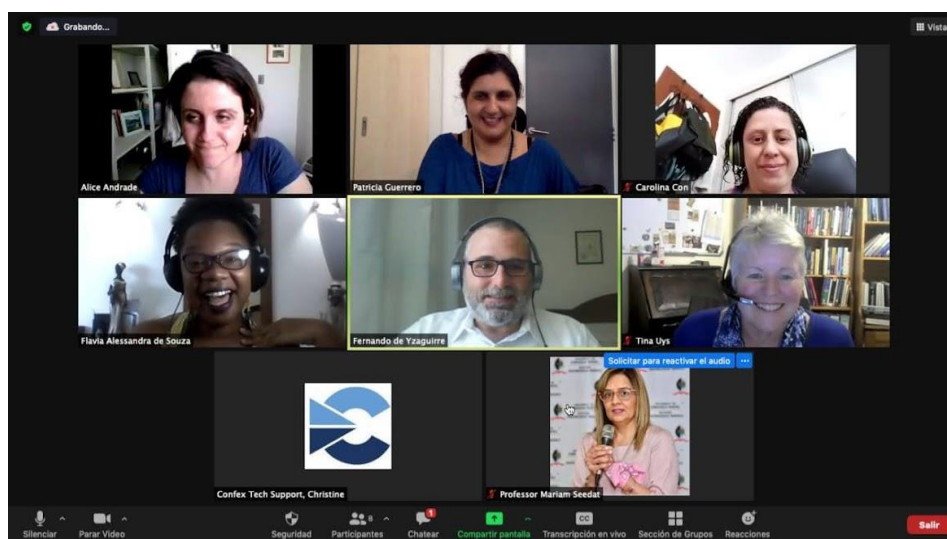


Figura 14- Participação online do congresso



Foi publicado um capítulo intitulado “Exposição à violência: Desafios e recomendações para a articulação de redes na Atenção Primária à saúde” (LUIZ et al, 2021). 175-192- Capítulo 8 do livro - Nas Entranhas da Atenção Primária à Saúde: Formação e Prática/ Organizadores Guedes [et al]. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2021. 373p.

Atualmente existem duas publicações aguardando publicação, sendo: a) um capítulo de livro intitulado “Narrativas Infantojuvenis sobre a exposição à violência: uma leitura psicanalítica”, a ser publicado na COLETÂNEA ENSP – FIOCRUZ - “CRISE, INTERVENÇÕES E RESISTÊNCIAS NA SOCIEDADE E NA SAÚDE: sujeitos e coletivos em questão” e b) um artigo intitulado “Modelos, teorias e estruturas no campo das pesquisas de implementação.” que será submetido na Revista de Saúde Pública.

9.2 Equipe da Pesquisa e subprojetos de pesquisa desenvolvidos:

Coordenação: Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko-Campos

Professora Convidada e Membro da Equipe: Profa. Dra. Erotildes Maria Leal

Professor Convidado e Membro da Equipe: Prof. D. Sérgio de Lucca

Pesquisadora Colaboradora: Profa. Dra. Leidy Janeth Erazo Chavez

Pesquisadora Colaboradora: Profa. Carolina Ferreira Medeiros

- Alice Andrade Silva - Psicóloga, Doutoranda em Saúde Coletiva - Unicamp, membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva e saúde mental Interfaces. ***Estudo de implementação de uma tecnologia de intervenção psicossocial: efetividade e adequação à sociedade e à cultura brasileira de grupos de terapia psicanalítica breve para pessoas expostas à violência.***
- Andressa Carolina de Souza - Psicóloga, Mestranda em saúde coletiva- Unicamp, membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva e saúde mental Interfaces, coordenadora grupo educativo com adolescentes. ***Pesquisa de Implementação de Grupos Educativos com***

adolescentes expostos indiretamente à violência na região Norte de Campinas

- Bárbara Cardoso Miranda- Fonoaudióloga, Mestranda em saúde coletiva- Unicamp, membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva e saúde mental Interfaces, coordenadora grupo educativo com mulheres. ***Educação popular em saúde como instrumento de cuidado às mulheres vítimas de violência no distrito norte do município de Campinas.***
- Carolina Con Andrades Luiz- Terapeuta Ocupacional, Doutoranda em saúde coletiva- Unicamp, membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva e saúde mental Interfaces, Apoiadora RASEV e preceptora dos residentes na RASEV. ***Apoio Matricial Intersetorial na exposição à violência - Implementação de uma Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência- RASEV na articulação entre Atenção Primária à Saúde e Assistência Social do distrito norte de Campinas- S.P.***
- Douglas Fernandes Moura- Fonoaudiólogo, Mestrando em saúde coletiva- Unicamp, membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva e saúde mental Interfaces, coordenador grupoterapia breve psicanalítica com adolescentes e apoiador RASEV. ***A grupoterapia Psicanalítica como ferramenta de cuidado para adolescentes expostos à Violência.***
- Giovana Pellatti - Terapeuta Ocupacional, Supervisora da residência multiprofissional em saúde coletiva e saúde mental, Mestranda em Saúde Coletiva-Unicamp, membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva e saúde mental Interfaces, Coordenadora Comitê Gestor da Pesquisa. ***O Comitê Gestor da Pesquisa como estratégia de integração e sustentabilidade de políticas públicas***

- Juliana Americo Dainezi Santos- Psicóloga, Mestranda em Saúde Coletiva-Unicamp, membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva e saúde mental Interfaces. ***Tratamento de Mulheres Vítimas de Violência: O Dispositivo Grupal Mediado pelo uso da Fotolinguagem© como alternativa no SUS.***
- Renata Marques Rêgo Miranda - Psicóloga, Supervisora dos coordenadores de grupoterapia psicanalítica e Doutoranda em Saúde Coletiva-Unicamp, membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva e saúde mental Interfaces. ***Escutando escutas: grupo de estudos e supervisão em grupoterapia breve psicanalítica com pessoas expostas à violência***
- Kelly Karina Oliveira Almeida- Psicóloga, Mestranda em saúde coletiva- Unicamp, membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva e saúde mental Interfaces, coordenadora grupoterapia breve psicanalítica com mulheres. ***Grupoterapia breve psicanalítica em face da dimensão do sofrimento de mulheres expostas à violência***
- Vanessa Eda Paz Leite - Psicóloga, Mestranda em saúde coletiva - Unicamp, membro do grupo de pesquisa em saúde coletiva e saúde mental Interfaces. ***O que dizem as crianças, pré-adolescentes e adolescentes expostos a violência: o trabalho de construção narrativa e valorização das experiências***

9.3 Citações em sites

. Portal da Prefeitura Municipal de Campinas

<https://portal.campinas.sp.gov.br/noticia/41138>

. Faculdade de Ciências Médicas

<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces/projetos/pesquisa-de-implementacao-de-um-ambulatoria-para-pessoas>

. Hora Campinas

<https://horacampinas.com.br/parceria-cria-projeto-para-pessoas-expostas-a-violencia/>

. Portal Terra

<https://www.terra.com.br/noticias/parceria-com-unicamp-cria-programa-voltado-a-pessoas-expostas-a-violencia,98eaed59db9bf5bfb3ceef29f5ecce01t1ff40uv.html>

Referências Bibliográficas:

1. <http://sisnov.campinas.sp.gov.br/>
2. Benghozi, P. Traumatismos precoces da criança e transmissão genealógica em situação de crises e catástrofes humanitárias. In Ruiz Correa (Org.) Os avatares da transmissão psíquica geracional (pp. 89-100). São Paulo: Escuta, 2000.
3. Onocko Campos, RT. Comportamento antissocial nos jovens como sequela da privação: contribuições da clínica winnicottiana para as políticas públicas. In: Interfaces, 2018.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0315>
4. Glenton, C., Lewin, S. & Scheel, IB . Still too little qualitative research to shed light on results from reviews of effectiveness trials: A case study of a Cochrane review on the use of lay health workers. Implementation Science 2011 6:53.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-53>
5. Treichel CAS, Silva MC, Presotto RF, et al. Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma pesquisa de implementação em saúde mental. Saúde debate. 2019;43:35-47. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S203>
6. Guba E, Lincoln Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
7. Onocko Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev. Saúde Pública. 2008;42(6):1090-1096.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000052>
8. Onocko Campos RT. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. In: Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1269-1286, 2011.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400006>
9. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment Health. 2011; 38(2):65-76.
doi:10.1007/s10488-010-0319-7

10. Shilling, F. Direitos humanos, violência e o desafio do atendimento a vítimas: a busca por justiça. In: Dotto, K.M., et.al. (orgs.). Psicologia, violência e direitos humanos/Conselho de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRP SP, 2011, p. 56-68.
11. Silva, AA, Luiz, CCA, Onocko-Campos, RT, Leal, EM, Lopes, GPD, Dainezi, JA. Implementação de um ambulatório psicossocial para pessoas expostas a situação de violência em um hospital universitário. Vínculo, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 42-52, abr. 2021
<http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18nesp.p73-91>
12. Conselho regional de psicologia de São Paulo, 2019.
13. Pearson et al. Estimates of severity and transmissibility of novel SARS-CoV-2 variant 501Y.V2 in South Africa.2021.
https://cmmid.github.io/topics/covid19/reports/sa-novelvariant/2021_01_11_Transmissibility_and_severity_of_501Y_V2_in_SA.pdf
14. Estrela, Fernanda Matheus et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 9 [Acessado 25 Fevereiro 2022] , pp. 3431-3436. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.14052020>>. Epub 28 Ago 2020. ISSN 1678-4561.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.14052020>
15. Massó Guijarro E. Infancia y pandemia: crónica de una ausencia anunciada. Salud Colectiva. 2021;17:e3303. doi: 10.18294/sc.2021.3303.
<https://doi.org/10.18294/sc.2021.3303>
16. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
17. Campos GWS, Guerreiro AVP. Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 411p.
18. Campos GWS, Figueiredo MD, Oliveira MM. O Apoio Paidéia e suas rodas: Reflexões sobre práticas em saúde. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2017. 417p.
19. Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. Milbank Q.

2004;82(4):661-87. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00327.x. Erratum in:
Milbank Q. 2006;84(4):759-60. PMID: 15595946; PMCID: PMC2690188.
DOI: 10.1111/j.0887-378X.2004.00327.x

20. Ribeiro NIC . Grupos educativos: uma estratégia na atenção primária. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Formiga, 2012. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3414.pdf>
21. Almeida IS, Amaral JS, Gomes CS, Dias MO, Silva PFC. Grupo de adolescentes como estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Adolesc. Saúde (Online) ; 11(2): 87-91, abr.-jun. 2014
22. Macedo, EOS, Conceição, MIG . Ações em grupo voltadas À promoção da saúde de adolescentes. Journal of Human Growth and Development 2013; 23(2): 222-230.
<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/61310/64360>
23. Caliani MFCJ, Otani MAP. Ações educativas com adolescentes: uma intervenção necessária. Education initiatives with teenagers: a necessary intervention. remE – Rev. Min. Enferm.;12(2): 195-200, abr./jun., 2008.
<https://cdn.publisher.gn1.link/remE.org.br/pdf/v12n2a08.pdf>
24. Vincha KRR et al. “Então não tenho como dimensionar”: um retrato de grupos educativos em saúde na cidade de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2017; 33(9):e00037116. doi: 10.1590/0102-311X00037116
<https://www.scielo.br/j/csp/a/jPtDby76dH5L5Gxdf6mrChx/?lang=pt&format=pdf>
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 224 p.
26. Rodrigues NH, Silva LGA. Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. J. nurs. health. 2020;10(n.esp.):e20104004

27. Gilliéron, E. A primeira entrevista em psicoterapia. Lisboa: Climepsi Ed., 1996.
28. Joseph, B. Transferência: a situação total. *International Journal of Psycho-Analysis*, 66: 447-54, 1985.
29. Klein, M. As origens da transferência. *Obras Completas de Melanie Klein: Volume III Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946)*. Rio de Janeiro: Imago, 1952/1991.
30. Anzieu, D. O eu-pele. São Paulo: Casa do psicólogo, 1989.
31. Bion, W. R. Uma teoria sobre o processo de pensar. In: *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago, 1962/1988.
32. Quintão S, Delgado AR, Prieto G. Validity Study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale Model. *Psicol: Reflex Crít.* 2013;26(2):305-10. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200010>
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200010>
33. Cunha NHS. *Brinquedoteca: um mergulho no brincar*. São Paulo: Vetor, 2001.
34. "Os Grupos focais hermenêuticos: resultados da pré-implementação de um núcleo de assistência psicanalítica para pessoas expostas à violência (NAPEV)" foi trabalho publicado nos *Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde* (ISBN: 978-65-89463-09-2).
35. Luiz CCA et al. *Exposição à violência: Desafios e recomendações para a articulação de redes na Atenção Primária à saúde*. 175-192- Capítulo 8 do livro - *Nas Entradas da Atenção Primária à Saúde: Formação e Prática/ Organizadores Guedes [et al]*. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2021. 380p. (ISBN: 978-65-86039-77-1).
36. Atualmente existem duas publicações aguardando publicação, sendo: a) um capítulo de livro intitulado "Narrativas Infantojuvenis sobre a exposição à violência: uma leitura psicanalítica", a ser publicado na *COLETÂNEA ENSP – FIOCRUZ - "CRISE, INTERVENÇÕES E RESISTÊNCIAS NA SOCIEDADE E NA SAÚDE: sujeitos e coletivos em questão"* e b) um artigo intitulado "Modelos, teorias e estruturas no

campo das pesquisas de implementação.” que será submetido na Revista de Saúde Pública.