

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

MARIANA ALMEIDA MAIA

**COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM
SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

BELO HORIZONTE

2020

MARIANA ALMEIDA MAIA

**COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM
SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como critério para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marília Alves

BELO HORIZONTE

2020

ATA DE NÚMERO 165 (CENTO E SESSENTA E CINCO) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA MARIANA ALMEIDA MAIA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 9 (nove) dias do mês de julho de dois mil e vinte, às 9:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da tese "SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO DOMICILIAR", da aluna **Mariana Almeida Maia**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Marília Alves (orientadora), Maria Alice Dias da Silva Lima, Kênia Lara da Silva, Isabela Silva Cancio Velloso e Edna Aparecida Barbosa de Castro, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(x) APROVADA;
() REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

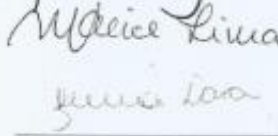
COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de julho de 2020.

Profª Drª. Marília Alves
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



Profª. Drª. Maria Alice Dias da Silva Lima
(UFRGS)



Profª. Drª. Kênia Lara da Silva
(Esc.Enf/UFMG)



Profª. Drª Isabela Silva Cancio Velloso



(EE/UFMG) Profª. Drª. Edna Aparecida Barbosa de Castro
(UFJF)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 09 de julho de 2020

Maia, Mariana Almeida.
M217c O cotidiano dos profissionais de saúde da Atenção Domiciliar em Situações de violência [manuscrito]. / Mariana Almeida Maia. - - Belo Horizonte: 2020.
147f.: il.
Orientador (a): Marília Alves.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Prática Profissional. 2. Violência. 3. Assistência Domiciliar. 4. Pessoal de Saúde. 5. Dissertação Acadêmica. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 21

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, agradeço a Prof^a Dr^a Marília Alves, que me acolheu com todo carinho, orientou, incentivou e me deu asas para voar. Obrigada pelo apoio, conhecimento partilhado, paciência, a confiança e a parceria. Nunca irei esquecer o que fez por mim. Você é inspiração e muito especial.

À Prof.^a Dr.^a Roseni Rosângela de Sena (*in memoriam*), pelo incentivo em trabalhar com a temática, a sua fala “é importante falar sobre violência” dita em uma orientação me acompanhou em todo o doutorado.

To Prof. Dr. Susan Jack for welcoming me to the sandwich doctorate and sharing all the knowledge on the theme, I am grateful for all the moments I have lived.

Aos professores do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem por incentivarem a reflexão sobre a prática da Enfermagem e motivação para lutar pela valorização da profissão. Eu aprendi muito enquanto aluna e representante discente.

À Secretaria de Saúde de Contagem, pela anuência com a pesquisa, e aos profissionais de saúde do Serviço de Atenção Domiciliar que gentilmente aceitaram participar deste estudo.

À CAPES pelo bolsa de doutorado e tornar realidade meu sonho de ser pesquisadora. I thank the Canadian government for the support of the Emerging Leaders of American Program scholarship, thanks for the opportunity for great learning at McMaster University.

À Deus por me guardar e abençoar a minha caminhada.

À minha família, em especial aos meus pais, Jacinto e Maria José, não há palavras que expressam toda a minha gratidão por tê-los em minha vida. Sou abençoada.

À Prof^a Dr^a Doane por me aconselhar e incentivar ao longo do doutorado, obrigada por toda a parceria. Você é exemplo.

À Palloma, amiga que o doutorado me deu desde o primeiro dia, obrigada pelo apoio e compartilhar as alegrias, tristezas e inseguranças.

Às queridas Carol Paiva, Moema, Talita, Marina, obrigada pela amizade e por proporcionarem momentos de alegrias. As Mariletes brilham.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para este estudo.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral analisar o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Domiciliar (AD) frente a situações de violência. Trata-se de um estudo de caso único, de abordagem qualitativa, fundamentado na perspectiva de cotidiano de Michel de Certeau. Participaram do estudo 42 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudióloga e técnicos de enfermagem) do Serviço de AD na cidade de Contagem, Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de um questionário para dados demográficos e percepção sobre os cuidadores, entrevistas semiestruturadas, observações e leitura de registros e anotações, no período de setembro a dezembro de 2018. As entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo Temática e as observações enriqueceram a análise dos dados. Os resultados revelam que há violência entre profissionais, de cuidadores para profissionais e profissionais para cuidadores, de cuidadores para pacientes e violência no território. A violência interfere nas práticas cotidianas e os profissionais compreendem e adotam condutas diferentes quanto às decisões para solucionar a situação. O significado da violência para profissionais de saúde da AD foi explicitado por eles a partir de suas próprias elaborações conceituais e experiências na prática assistencial, focalizando agressões, extrapolação dos limites do outro, desrespeito, maus tratos, descumprimento da prestação de cuidados básicos e relacionada ao ambiente e modos de viver da população. O significado envolve várias direções e envolvidos, ou seja, pacientes e profissionais. As práticas cotidianas dos profissionais possuem elementos de estratégia como políticas e diretrizes da Atenção Domiciliar em situações de violência e um lugar próprio imposto pelas normas. Entretanto, no cotidiano em áreas de grande vulnerabilidade social os profissionais adotam táticas diante das situações de violência, evidenciando um espaço de atuação peculiar. As práticas profissionais são realizadas em espaços marcados por um contexto de violência entre profissionais, de usuários para profissionais e de território. Os profissionais demonstraram dificuldades frente as situações de violência como medo, tristeza e frustração frente aos casos, além de refletir sobre o seu fazer cotidiano e como pessoa. Conclui-se que as situações de violência constituem um desafio para os profissionais e podem comprometer os cuidados dos pacientes na atenção domiciliar. O cotidiano dos profissionais de saúde da AD em situações de violência é balizado por estratégias que normatizam e padronizam o seu fazer, assim como pelo uso de táticas que reinventam este espaço tornando-o um lugar praticado.

Palavras-chaves: Prática profissional; Violência; Assistência domiciliar.

ABSTRACT

This study has the general objective of analyzing the daily work of health professionals in Home Care in the face of situations of violence. It is a unique case study, with a qualitative approach, based on the daily perspective of Michel de Certeau. 42 health professionals (doctors, nurses, social worker, physiotherapists, speech therapists and nursing care) participated in the AD Service in the city of Contagem, Minas Gerais. Data were collected through a questionnaire for demographic data and perception of caregivers, semi-structured interviews, observations and reading of records and notes, from September to December 2018. The interviews were submitted to Thematic Content Analysis and observations enriched the data analysis. The results reveal that there is violence among professionals, from caregivers to professionals and professionals to caregivers, from caregivers to patients and violence in the territory. Violence interferes with daily practices and professionals understand and adopt different behaviors regarding decisions to resolve the situation. The meaning of violence for health professionals in HC was explained by them from their own conceptual elaborations and experiences in care practice, focusing on aggressions, extrapolation of the limits of the other, disrespect, mistreatment, non-compliance with the provision of basic and related care. environment and ways of life of the population. The meaning involves several directions and involved, that is, patients and professionals. The daily practices of professionals have elements of strategy such as policies and guidelines of Home Care in situations of violence and a proper place imposed by the rules. However, in daily life in areas of great social vulnerability, professionals adopt tactics in the face of situations of violence, showing a peculiar area of action. Professional practices are carried out in spaces marked by a context of violence between professionals, from users to professionals and from the territory. The professionals demonstrated difficulties in the face of situations of violence such as fear, sadness and frustration in the face of cases, in addition to reflecting on their daily activities and as a person. It is concluded that situations of violence are a challenge for professionals and can compromise the care of patients in home care. The daily life of health professionals in HC in situations of violence is guided by strategies that regulate and standardize their practice, as well as by the use of tactics that reinvent this space making it a practiced place.

Keywords: Professional practice; Violence; Home care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos para revisão integrativa

Tabela 1 - Caracterização da amostra estudada no Serviço de Atenção Domiciliar

Tabela 2 - Descrição dos cuidadores, preocupação com o cuidado, evidência de abuso e violência financeira percebida pelos profissionais de saúde domiciliares

Figura - Nuvem de palavras do conceito de violência de profissionais da Atenção Domiciliar

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sintaxe dos descritores utilizados para a estratégia de busca

Quadro 2 – Descrição dos artigos segundo autor, periódico de publicação, ano, país, título, ideia central e nível de evidência

Quadro 1 - Questões do roteiro de entrevista para o profissional de saúde do SAD

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD Atenção Domiciliar

ADT Atendimento domiciliar terapêutico

BDENF Base de Dados Específica da Enfermagem

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

EMAD Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP Equipes Multiprofissionais de Apoio

LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MS Ministério da Saúde

NP Nuvens de palavras

OMS Organização Mundial da Saúde

PNRMAV Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

RAS Rede de Atenção à Saúde

SAD Serviços de Atenção Domiciliar

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS	20

CAPÍTULO II

2.1 Práticas profissionais em situações de violência na Atenção Domiciliar.....	21
2.2 Violência e Saúde	40
2.3 O cotidiano para Michel de Certeau	44

CAPÍTULO III

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	49
3.1 Desenho da pesquisa	49
3.2 Cenário e participantes do estudo	49
3.3 Coleta de dados	50
3.4 Análise dos dados	53
3.5 Aspectos Éticos	55

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
4.1 Ambiência e participantes da pesquisa	56
4.2 Manuscrito 1: Situações de violência vivenciadas por profissionais de saúde brasileiros atuantes em assistência domiciliar	63
4.3 Manuscrito 2: O significado de violência para profissionais de saúde da Atenção Domiciliar	84
4.4 Manuscrito 3: Práticas Cotidianas dos profissionais de saúde da Atenção Domiciliar em situações de violência	98
4.5 Manuscrito 4: Sentimentos profissionais diante de situações de violência na Atenção Domiciliar.....	115
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERENCIAS	130
APÊNDICES	141
ANEXOS	146

APRESENTAÇÃO

A escolha pelo tema surgiu no primeiro ano do doutorado enquanto participava de atividades de pesquisa e estava fazendo as disciplinas do curso. Eu estava estudando sobre o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), lendo as resoluções e cadernos do Ministério da Saúde quando eu me deparei com as orientações em situações especiais do Caderno 2.

Dentre as situações especiais no SAD, estava as orientações para os profissionais de saúde diante de situações de violência. Por meio de uma revisão integrativa, eu pude perceber que poderia ser um desafio para os profissionais de saúde perceberem as situações de violência no seu cotidiano. Eu trabalhei como apoio técnico em projetos de pesquisa em áreas de alta vulnerabilidade em Belo Horizonte e observava como era difícil o trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Primária a Saúde. Em relação a acessibilidade dos domicílios, condições de negligência dos pacientes e o trafico.

Para estudar a temática, eu queria compreender como a violência era vivenciada pelos profissionais de saúde e para isso, eu utilizei o conceito de violência social que é construída social e culturalmente pelos indivíduos. Desta forma, eu poderia compreender as situações de violência da AD e não somente um tipo de violência.

Para compreender as situações de violência na AD, eu busquei a perspectiva de Michel de Certeau sobre cotidiano, que aborda o “cotidiano como aquilo que nos é dado”. Neste caso, considerando a violência imposta no nosso dia a dia, Certeau com os seus conceitos de estratégia, tática, lugar, espaço, mapa e percurso, poderia revelar as maneiras de fazer dos profissionais de saúde que reinventam o cotidiano diante de situações de violência na AD.

Assim, desenvolvi um projeto de pesquisa para analisar o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Domiciliar frente a situações de violência.

Para analisar este cotidiano por meio de um estudo qualitativo, foi construído um roteiro estruturado para entrevista na perspectiva de Michel de Certeau. Nesta entrevista, eu busco o significado de violência para os profissionais de saúde para compreender as situações de violência vivenciadas, as práticas cotidianas na AD, o sentimento dos profissionais de saúde e como é o seu trabalho frente as situações de violência.

Durante o doutorado, eu tive a oportunidade de fazer um estágio doutoral na McMaster University em Hamilton no Canadá. Eu estudei na universidade com uma bolsa do

programa Emerging Leaders in the Americas Program (ELAP) ofertada pelo Governo Canadense. Foi um período de muito aprendizado com minha supervisora Dr^a Susan Jack.

Diante do exposto, apresento a seguir o trabalho desenvolvido para auxiliar na compreensão do fenômeno da violência na prática cotidiano dos profissionais de saúde da AD.

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde em seu cotidiano de trabalho frequentemente se deparam com situações de violência, o que se torna desafiador para os profissionais e para o sistema de saúde, pois a violência é um problema de ordem social e de saúde pública. Assim, o cotidiano dos profissionais de saúde da atenção domiciliar em situações de violência, objeto deste estudo, torna-se preocupante e exige observação cuidadosa dos profissionais na identificação, assistência e encaminhamento dos pacientes a serviços competentes.

Considera-se que os pacientes em cuidado domiciliar, em todas as faixas etárias e condições de saúde, possuem baixa capacidade de se defender, tendo em vista sua situação de saúde e por serem dependentes de cuidadores, sejam eles familiares ou profissionais contratados. Neste contexto, a violência adquire novos contornos e, muitas vezes, é encontrada sob a forma de abandono/negligência, maus-tratos no âmbito familiar, agressões físicas ou verbais e violência psicológica entre outras. Além disso, há baixa visibilidade dos problemas relacionados à violência pelos profissionais de saúde que, muitas vezes, o consideram uma questão doméstica e/ou privada, que deve ser resolvida no âmbito familiar.

Na atenção domiciliar, situações de violência ainda são pouco pesquisadas se comparados, por exemplo, às causas externas. No Brasil, causas externas representavam, em 2011, a terceira causa de morte entre crianças de zero a 9 anos, passando a ocupar a primeira posição na população de adultos jovens (20 a 40 anos) e ocupa a terceira posição entre a população acima de 50 anos (BRASIL, 2011). Este fenômeno se tornou um problema de saúde pública visível e crescente com alta incidência e com grande número de mortes, principalmente de pessoas jovens e saudáveis. Parece ser um reflexo da violência, em seu caráter mais amplo e de diferentes formas, que permeia todas as sociedades, países e culturas.

No entanto, a violência tem sido notícia constante e sua incidência tem aumentado no decorrer dos anos, sendo eventos considerados intencionais e compreendem a agressão, o homicídio, a violência sexual, a negligência/ abandono, a violência psicológica e lesão autoprovocada, entre outras (BRASIL, 2011). Abrange diferentes grupos com diferentes intensidades.

Por se tratar de um conceito polissêmico, há vários tipos de violência que podem ser definidos pelo tipo de ação praticada no indivíduo como a violência física, moral, sexual entre outras, além de atingir crianças, adolescentes, mulheres e idosos. A violência tem sido

definida de diferentes formas, por diversos pensadores nas correntes biológicas, históricas, culturais, econômicas, psicológicas e outras. Os autores destacam a dificuldade de sua conceituação, entretanto parece haver um consenso entre os estudiosos quanto a várias de suas características (MINAYO; SOUZA, 1999; MINAYO et al., 2018). Assim,

Qualquer reflexão teórico-metodológica sobre a violência pressupõe o reconhecimento da complexidade, polissemia e controvérsia do objeto. Por isso mesmo, gera muitas teorias, todas parciais. Na verdade, só se pode falar de violências, pois se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas. A interpretação de sua pluricausalidade é, justamente, um dos problemas principais que o tema apresenta (MINAYO; SOUZA, 2006, p.18).

Devido à importância e magnitude da violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e saúde. Neste relatório, a violência é definida como:

O uso intencional da força física, poder, real ou sob forma de ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (OMS, 2002, p.5).

É uma questão de grande amplitude e complexidade cujo enfrentamento envolve profissionais de diferentes campos de atuação, requerendo, por conseguinte, uma efetiva mobilização de diversos setores do governo e da sociedade civil. Tal mobilização visa fortalecer e potencializar as ações e serviços na perspectiva de uma nova atitude, compromisso e colaboração em relação ao problema (BRASIL, 2005).

Além das evidências relatadas, discute-se também os aspectos silenciosos da violência. Estudo de Melo (2010) compara a “epidemia de violência” vivida pelo Brasil com duas outras grandes epidemias, as epidemias de cólera e de dengue. Há uma disparidade dos números, quando comparados, mas demonstra a gravidade da situação. Segundo a autora, existe um silêncio em torno dessa grave epidemia: “[...] *essa situação, apesar de grave, constitui apenas o que se chama de “ponta do iceberg”, pois a esses números visíveis correspondem muitos outros invisíveis*” (MELO, 2010, p.2).

Diante deste contexto, para o trabalho de acompanhamento e melhoria da qualidade de vida da população exposta às situações cotidianas de violência interpessoal, intrafamiliar e outras formas torna-se necessário constante parceria para fazer frente à complexidade que a abordagem e o tratamento de pessoas em situação de violência requerem (MINAYO, 1994).

Entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) encontra-se a Atenção Domiciliar (AD), definida como:

“Um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam uma continuidade de cuidados que deve garantir a integralidade acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas no domicílio recebendo cuidado de equipe exclusiva para esse fim” (BRASIL, 2016).

Na AD é possível e até mesmo frequente, a equipe se deparar com situações de violência que interferem no trabalho cotidiano, que podem se caracterizar como mais simples e passíveis de serem administradas e outras mais complexas que agregam dificuldades para o acompanhamento de usuários inseridos em contextos sócio-econômico-familiares adversos. Estas situações de violência podem ocorrer com os profissionais de saúde ao lidarem com as famílias, no trajeto do trabalho, presenciadas e/ou vivenciadas pela equipe no atendimento ao paciente no domicílio. Para Sena, Silva e Rates (2006) o domicílio é considerado um lócus de cuidado privilegiado que ultrapassa o conceito de ambiente físico centrado nas relações de cuidado. O caderno de AD apresenta condutas que orientam os profissionais de saúde a agirem na assistência ao paciente e que a equipe deve estar preparada para lidar com situações adversas (BRASIL, 2013).

No cotidiano de trabalho os profissionais lidam com situações diversas relacionadas aos tipos de morbidade, relação com as famílias e condições sociais dos envolvidos. Entre estas situações, pode-se citar a recusa da família em realizar os cuidados em domicílio, apesar de ter assinado o termo de compromisso assumindo um cuidador responsável para o paciente.

Os profissionais que trabalham em Serviços de Atenção Domiciliar (SAD's) se deparam, no cotidiano, com situações de negligência, agressões verbais e físicas e outros tipos de violência contra os pacientes, sendo que idosos ou crianças podem exigir medidas de outras instâncias, como o Ministério Público, Conselho Tutelar e outros. Além disso, há o problema de violência contra a mulher, cujos encaminhamentos nem sempre são aceitos pela vítima. Há situações em que a equipe vivencia agressões, geralmente por parte de familiares, nos serviços de saúde antes do paciente ser admitido no SAD, o que implica na recusa do paciente no programa para proteção da equipe que iria realizar o cuidado domiciliar. Frequentemente, membros da equipe de AD há relatam agressões que acontecem com os pacientes e com a equipe do SAD.

O estudo de Davidov et al. (2012), teve como objetivo examinar as perspectivas e intenções dos profissionais de enfermagem em relatar a exposição das crianças à violência no contexto da visita domiciliar. Foi realizado um estudo transversal com 532 profissionais de

enfermagem de programas de visitas domiciliares. Foram observadas variabilidade e incerteza nas atitudes dos participantes, bem como em suas determinações quanto a que situações constituem maus-tratos infantis. A maior parte da amostra acreditava que a notificação pode ajudar a mulher vítima de violência (67%) na notificação do caso e proteger as crianças (92%) de violência, enquanto 56% indicaram que a notificação pode afetar negativamente a relação enfermeiro-cliente. Os enfermeiros eram mais propensos a notificar a exposição das crianças quando estavam em maior risco de sofrer lesões físicas como resultado da notificação.

Poucos estudos empíricos têm se concentrado no abuso de idosos em domicílio. Um estudo investigou a prevalência e fatores de risco de abuso físico contra idosos que recebem cuidados em casa de repouso em Michigan/EUA. Uma amostra de 452 idosos, com mais de 65 anos, responderam a um inquérito telefônico sobre abuso e negligência por algum membro da família ou profissional de saúde no ambiente de cuidados. Cerca de 20% dos entrevistados relataram pelo menos um incidente de abuso físico por pessoal de enfermagem. Um modelo de regressão logística foi utilizado para estimar a importância de fatores de risco no abuso. As limitações nas atividades de vida diária, as dificuldades comportamentais dos idosos e a vitimização prévia estavam associadas a maior probabilidade de abuso físico. As intervenções que abordam esses fatores de risco podem ser eficazes na redução do abuso físico em lares de idosos (SCHIAMBERG et al., 2012).

O conceito de violência e a identificação de maus tratos devem estar disseminados por toda a equipe, além da abordagem diferenciada em famílias que apresentam vulnerabilidade social. Neste caso, a capacitação das equipes deve ser realizada para a identificação adequada dos casos ou situações de violência. Na AD, as equipes capacitadas podem exercer papel relevante na mitigação dos riscos e encaminhamentos.

Os serviços de enfermagem em domicílio têm um papel de apoio aos pacientes e às suas famílias ou cuidadores, nomeadamente no que diz respeito à prevenção dos riscos de maus-tratos. A Cruz Vermelha Francesa em Haute-Vienne desenvolveu, para o seu pessoal e para os cuidadores, ferramentas teóricas e práticas para promover um tratamento adequado (HARDY, 2012).

Violência e saúde se tornam temas complexos e é nesse contexto com situações de violência vivenciadas, que a AD constrói o seu cenário multifacetado, no qual o profissional de saúde se depara com desafios e é preciso criar maneiras específicas de fazer no seu cotidiano de trabalho para lidar com as situações de violência. Assim, há um fazer desse profissional que precisa ser compreendido.

Michel de Certeau (2014) traz sobre o cotidiano, como aquilo que nos é dado a cada dia, é algo mais que um simples cenário rotineiro de trabalho, pois envolve maneiras de viver e de se relacionar. É um espaço onde as relações de poder se manifestam e estão imbricadas em práticas cotidianas que se materializam por meio de táticas e astúcias do fazer cotidiano que ressignificam o lugar e estimulam movimentos próprios de cada sujeito ali circunscrito. Pacientes, familiares e profissionais buscam se adequar a maneiras possíveis de levar a vida e o trabalho. Para Certeau (2014, p. 41), “[...] essas ‘maneiras de fazer’ constituem as mil práticas pelas quais usuários se reapropriam do espaço organizado pelas técnicas da produção sócio-cultural”, alterando o seu funcionamento. Usuários aqui entendidos como profissionais e pacientes em suas maneiras de criar e tocar a vida em sentido positivo ou não.

Há uma invisibilidade no cotidiano que faz com que cada sujeito, nas composições que estabelecem nas redes e nas suas relações interpessoais e com o sistema a ser consumido, adote novas maneiras de fazer (CERTEAU, 2014). Nesse sentido para a AD, o cotidiano vivido é inerente ao trabalho em saúde, dependente dos movimentos e das ações estabelecidas entre profissionais, instituições e usuários dos serviços. O que os profissionais vivenciam no dia a dia de trabalho na AD, se torna rotineiro, envolvendo formas de olhar para as situações adversas e muitas vezes marcadas por histórias de vida familiar. Certeau (2014) ao falar do cotidiano discute as noções centrais de estratégias, táticas, lugar e espaço, que foram abordados neste estudo.

As estratégias, como leis, programas, normas e rotinas e relações de poder, estão definidas e pressupõe-se que sejam aceitas como desejáveis, definem-se a si próprias e preveem o estabelecimento de um contato indireto com o seu público-alvo. As estratégias representam um lugar circunscrito, controlado por um conjunto de operações produzidas pelas estruturas de poder, visando à organização do espaço social (CERTEAU, 2014).

As táticas são as astúcias, a arte de dar o golpe no campo minado do inimigo. As astúcias possuem como aliado o tempo e o olhar da estratégia que, às vezes, se perdem e o sujeito pode dar golpes, ou seja, na ausência do poder, da norma, surge o golpe com novas maneiras de fazer. Certeau estabelece, também, uma distinção entre espaço e lugar para indicar um “lugar próprio” e delimitar um campo. Segundo o autor, “Um lugar é a ordem (seja qual for) segundo a qual se distribuem elementos nas relações de coexistência”. Um lugar indica uma configuração instantânea de posições e representa uma vitória sobre o tempo – que é uma configuração instantânea de posições. E o espaço é um lugar praticado pelos sujeitos (CERTEAU, 2014).

As práticas profissionais nos serviços de saúde baseiam-se em relações de poder que dificultam a integração entre as profissões, o que fragmenta o serviço de saúde. Por meio dessas práticas cotidianas, os serviços de saúde mostram-se ineficazes diante da complexidade do problema, entendido como de competência individual e coletiva, com ações multidisciplinares e intersetoriais (BENBENISHTY et al.,2015; HANSON et al, 2016).Os profissionais de saúde se apoiam em normas e rotinas pré-estabelecidas que tendem a situá-los em determinados espaços e a regular suas práticas cotidianas (SCHEK et al., 2017). No entanto, como o prescrito nem sempre corresponde ao real do cotidiano de trabalho, usam a astúcia e adotam novas maneiras de fazer, criando espaços de atuação de acordo com a situação vivenciada, esquivando-se do formal, embora estratégias (formal) e táticas (informal) não se oponham, mas se complementam.

Para proceder à análise do desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde frente às situações adversas é fundamental a compreensão do seu dia a dia a partir de suas experiências e dos problemas que vivenciam no cotidiano, levando em consideração o local de trabalho, as relações sociais e institucionais dominantes que podem modelar, delimitar e organizar o seu trabalho. A compreensão do seu cotidiano e seus desdobramentos na perspectiva dos profissionais podem oferecer subsídios para a capacitação dos que trabalham na AD, desenvolver outros protocolos de atendimento e ampliar a produção científica sobre o tema. Pode, ainda, permitir intervenções de acordo com o contexto.

Neste estudo parte-se do pressuposto de que os profissionais de saúde na AD se deparam com situações de violência e tem dificuldades pessoais e organizacionais para estabelecer medidas para reduzir seus efeitos nos pacientes. Diante da magnitude do problema das situações de violências na AD, em seus vários aspectos, envolvendo crianças, adolescentes, adultos e idosos surgem questionamentos sobre a abordagem dos profissionais de saúde no atendimento aos usuários: Como é o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção domiciliar quando se deparam com situações de violência?

Nessa perspectiva, defende-se a tese de que no cotidiano dos profissionais de saúde da AD são criadas maneiras de fazer na sua prática frente a situações de violência. A partir do referencial teórico de Michel de Certeau sobre cotidiano pode-se obter uma visão mais detalhada desta prática em suas múltiplas dimensões.

Buscando adentrar nesse campo, ao reunir evidências sobre a temática da assistência a violência na AD, realizou-se uma busca eletrônica em bases de dados e identificou-se lacunas na produção científica. Há escassez de estudos que apresentem o cotidiano de trabalho de profissionais de saúde na AD tendo em vista que a literatura aborda mais conteúdos sobre a

implantação do programa, AD como estratégia educativa na prevenção de violência doméstica, função das equipes, treinamento de familiares e cuidadores. Apesar de estudos na área (MAIA et al., 2019; PROCOPIO et al., 2019, FLÓRIDO et al, 2020), ainda há escassez de pesquisas que evidenciem o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da AD frente a situações de violência. Para um primeiro entendimento sobre o trabalho dos profissionais da AD foram realizadas visitas técnicas que contribuíram para uma primeira aproximação com o objeto de estudo e uma revisão integrativa da literatura.

Os benefícios e a relevância desta pesquisa estão na compreensão da realidade de trabalho dos profissionais de saúde da AD frente a situações de violência. Espera-se com esse estudo contribuir acerca do significado de violência na AD, o preparo, a ação e condutas dos profissionais de saúde diante das situações de violência. Ampliar o olhar para esses aspectos possibilitará compreender as práticas cotidianas no espaço da AD construídas em um contexto de violência.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Domiciliar frente a situações de violência

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Descrever a compreensão dos profissionais de saúde da Atenção Domiciliar sobre a violência;
- 2) Identificar a percepção dos profissionais da Atenção Domiciliar sobre seu preparo para lidar com situações de violência;
- 3) Identificar as ações dos profissionais de saúde na abordagem da violência;

CAPÍTULO II

2.1 Práticas profissionais em situações de violência na Atenção Domiciliar

No Brasil, a AD está integrada à RAS e potencializa a continuidade dos cuidados do usuário. O usuário é colocado no centro e direcionado ao conjunto de pontos da rede conforme a necessidade de cuidados (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; VIANA; BOUSQUAT; MELO, et al., 2018)

As regulamentações, leis, resoluções e políticas favorecem a organização tanto do setor público como do privado, pois, inicialmente, não havia suporte, um padrão de licenciamento que orientasse o crescimento dessa modalidade, a assistência prestada ao usuário em domicílio e conseqüentemente à família. Os serviços ofertados nos domicílios devem se orientar pelas portarias para caracterizar as práticas de cuidado, de acordo com a complexidade do usuário (PIRES; DUARTE; GÖTTEMS, et al., 2013; BRAGA; SENA; SEIXAS, et al., 2016).

Em 1998, foi publicada a Portaria nº 2.416, do Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre os requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Portaria estabelece que a atenção domiciliar como parte da atenção à saúde, proporciona um atendimento humanizado, diminuição do risco de infecção, redução dos custos, racionalização dos leitos e dos recursos hospitalares (BRASIL, 1998).

Em agosto de 2011, o MS estabelece a Portaria nº 2.029 que institui a atenção domiciliar no SUS, a fim de ampliar e melhorar a assistência no âmbito do domicílio. A Portaria nº 2.527 define o processo de negociação e de pactuação entre gestores, que observaram as necessidades de saúde dos usuários, especialmente do cuidado no domicílio. Nesse sentido, traz avanços por permitir que municípios com menor porte populacional também pudessem implantar em seu território serviços de atenção domiciliar subsidiado pelo MS (BRASIL, 2011a;2011b).

Em maio de 2013 foi instituída a Portaria nº 963, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS como uma nova modalidade de atenção à saúde, possibilitando uma organização estruturada dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), descrevendo os requisitos para implantação e implementação do SAD e, além disso, a constituição das Equipes Multiprofissionais de AD (EMAD) e de Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) nos municípios (BRASIL, 2013). Dentre outras definições, essa Portaria dispõe

sobre a organização das modalidades de AD em três categorias: Atenção Domiciliar do tipo I (AD1), Atenção Domiciliar do tipo II (AD2) e Atenção Domiciliar do tipo III (AD3) perfazendo os critérios de inclusão de cuidado, considerando a complexidade e as características do estado de saúde do usuário, a responsabilidade das equipes e a frequência de atendimento domiciliar (BRASIL, 2013). Em 28 de setembro de 2017, a Portaria Nº 5 redefine a AD no âmbito do SUS (BRASIL, 2016).

Em 2013, o Caderno de Atenção Domiciliar aborda situações especiais na AD, que se destacam pela sua relevância na prática cotidiana das equipes e complexidade que impõem dificuldades para acompanhamento de pacientes inseridos em contextos socioeconômico e familiares adversos. Dentre as situações especiais está a violência, para a qual, as equipes e os gestores de SAD devem estar preparados e atentos para lidar no seu cotidiano (BRASIL, 2013).

Os profissionais de Saúde devem estar atentos para identificar violência e maus-tratos contra a pessoa que necessita de AD para efetivar ações de prevenção, promoção e acolhimento, sendo fundamental que os conceitos de violência sejam amplamente difundidos entre todos os integrantes da equipe, assim como para a comunidade quando possível. Para isso, buscaram-se estudos para compreender as práticas profissionais diante de situações de violência.

Neste estudo, as práticas cotidianas são entendidas como um conjunto de procedimentos organizados e que se organizam socialmente num determinado espaço e em um determinado tempo (CERTEAU, 2014). Este conceito será mais abordado no capítulo sobre o cotidiano de Certeau.

Estudo realizado no Rio de Janeiro com SAD aponta que aquelas equipes já tinha vivenciado alguma situação de violência e consideravam importante o conhecimento e desenvolvimento de práticas na rede para direcionamento dos casos. Nestas situações, os profissionais adotavam a estratégia de mudança de endereço para atender o paciente, os pacientes eram atendidos em outro local (ARAUJO, 2015).

Além da violência que acontece com o paciente, há a violência praticada contra o profissional. Este tipo de violência provoca absenteísmo e afastamento, decorrentes de problemas emocionais, físicos e psicológicos. Ademais prejudica o desempenho profissional, afetando a qualidade da assistência (BAPTISTA et al. 2017).

Em um estudo de revisão integrativa, os autores sugerem que outras pesquisas aprofundem sobre a violência na AD e suas conseqüências para o serviço, trabalho dos profissionais de saúde, qualidade da assistência e impacto no cuidado ao paciente. No Brasil,

ainda há poucos estudos sobre a atuação dos profissionais da AD que trabalham em um contexto de violência (MAIA et al., 2019, FLÓRIDO et al., 2020).

Para melhor compreensão de situações de violência na AD, realizou-se uma revisão integrativa para descrever as práticas de profissionais de saúde em situações de violência nos cuidados da Atenção domiciliar.

Práticas profissionais em situações de violência na atenção domiciliar: revisão integrativa*

A violência é um problema de saúde pública e os profissionais de saúde necessitam estar capacitados para lidar com as situações em seu trabalho.¹ Na Atenção domiciliar (AD) os profissionais se deparam com situações de violência em seu caráter particular, ou seja, na residência do paciente, geralmente grave, cuja família ou cuidador assume os cuidados planejados pelas equipes. As situações de violência contra diferentes vítimas, de diversas faixas etárias e quadros clínicos, podem não ser percebidas pelos profissionais ou as intervenções implicam na atuação de várias áreas que, se não acompanhadas, podem resultar em prejuízos para as vítimas. Assim, práticas profissionais em situações de violência na AD constituem um problema de alta complexidade.

Dentre as práticas profissionais na AD, além de cuidar dos pacientes no domicílio, os profissionais ajudam a fazer a gestão do cuidado, realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado. O Ministério da Saúde, visando estratégias de prevenção, disponibiliza cursos de capacitação profissional para identificar e lidar com situações na AD. A equipe por meio do atendimento multidisciplinar, busca uma abordagem terapêutica e estabelece as medidas gerais e legais cabíveis a cada caso².

* Material publicado na forma de artigo científico com a seguinte referência: Maia, MA, Silva, MAC, Paiva, ACO, Silva, DM, Alves, M. Práticas profissionais em situações de violência na atenção domiciliar: Revisão integrativa. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2019/Fev). Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/praticas-profissionais-em-situacoes-de-violencia-na-atencao-domiciliar-revisao-integrativa/17090?id=17090>

Violência pode ser definida como o uso intencional da força física contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. O conceito é muito debatido e polissêmico pois suas definições diferem nas diversas correntes de pensamento, como as biológicas, históricas, culturais, econômicas, psicológicas e outras.³ Além de possuir altos custos para a área de saúde com internações, cirurgias, materiais e tratamentos que precisarão ser feitos durante toda a vida do usuário.⁴

É uma questão de grande amplitude cujo enfrentamento envolve profissionais de diferentes campos de atuação, requerendo efetiva mobilização de diversos setores do governo e da sociedade civil. Tal mobilização visa fortalecer e potencializar as práticas nos serviços na perspectiva de uma nova atitude, compromisso e colaboração em relação ao problema.⁵ Há vários tipos de violência que podem ser definidos pelo tipo de ação praticada no indivíduo como a violência física, moral, sexual entre outras, além de atingir crianças, adolescentes, mulheres e idosos em diferentes espaços sociais.

Entre os espaços de cuidados à saúde encontra-se a AD, uma modalidade de atenção da Rede de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção, tratamento, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, visando a continuidade dos cuidados. Evita hospitalizações desnecessárias e pode apoiar equipes da atenção básica em favor do aumento da eficiência da assistência.⁵⁻⁶ Apresenta o lar como um espaço de cuidado, onde o tempo de contato entre os profissionais de saúde e paciente pode proporcionar condições para detectar maus tratos e poder intervir.

Na área de saúde os profissionais devem estar atentos para identificar casos de violência e maus-tratos para efetivar ações de prevenção, promoção e acolhimento. É imprescindível que os conceitos de violência sejam difundidos entre os integrantes da equipe, assim como para a comunidade.⁵ Um único incidente de maus tratos pode desencadear uma espiral crescente que leva à perda de independência, doença grave ou até a morte. A violência praticada contra idosos, crianças ou mulheres tem implicações na saúde e bem-estar porque as vítimas têm menos opções para evitar situações abusivas por causa da idade, condição de saúde ou recursos limitados, tornando estes grupos mais vulneráveis e menos capazes de se recuperar da vitimização.⁶

Por outro lado, “a violência contra adolescentes nas comunidades e nas ruas é um fenômeno tipicamente urbano e fortemente determinado pelas desigualdades sociais e econômicas nesses espaços”, como assassinatos, acidentes de trânsito e exploração sexual.⁷ Nas famílias, a violência física contra adolescentes é considerada um mal silencioso, haja

vista que as vítimas podem não conhecer ou ter coragem de buscar maneiras de resolver o problema.⁸ Neste estudo a violência contra adolescentes não será focalizada por não terem sido encontrados artigos sobre adolescentes em AD, mas focalizando grupos de idosos, crianças e mulheres em AD.

Neste sentido, a questão norteadora deste estudo foi “Como são as práticas dos profissionais de saúde da AD em situações de violência?” e tem como objetivo descrever as práticas de profissionais de saúde em situações de violência nos cuidados da Atenção domiciliar.

Método

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados, incluindo o aprofundamento de pesquisas que sustentam a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Possibilita a definição de conceitos, revisão das teorias, avaliação de evidências e análise de questões metodológicas sobre determinado tema.⁹

Este estudo se configura como uma revisão integrativa da literatura, cuja questão norteadora foi estruturada por meio da estratégia PICO¹⁰: (P) Paciente ou Problema – violência na atenção domiciliar; (I) Intervenção – práticas dos profissionais de saúde; (C) Controle ou Comparação – não se aplica a este estudo; (O) Desfecho – estratégias desenvolvidas para enfrentamento da violência na Atenção domiciliar. Para sua operacionalização, foram consideradas as seguintes etapas: elaboração da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.¹¹

A coleta foi realizada em publicações do período de dezembro de 2016 a dezembro de 2017 e foram utilizadas as bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), consultada por meio do PubMed e a Base de Dados Específica da Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), consultados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), minimizando possíveis vieses.

Foram incluídos os artigos publicados em inglês, espanhol e português, texto completo e que apresentavam títulos e resumos que abordavam as práticas profissionais em situações de violência na AD. Foram excluídos documentos, dissertações, teses, manuais oficiais e relatórios técnicos que não abordavam a violência identificada na atenção domiciliar. Estudos

cujos pacientes fossem tratados fora de casa, como asilos e/ou creches (out-home care) foram excluídos.

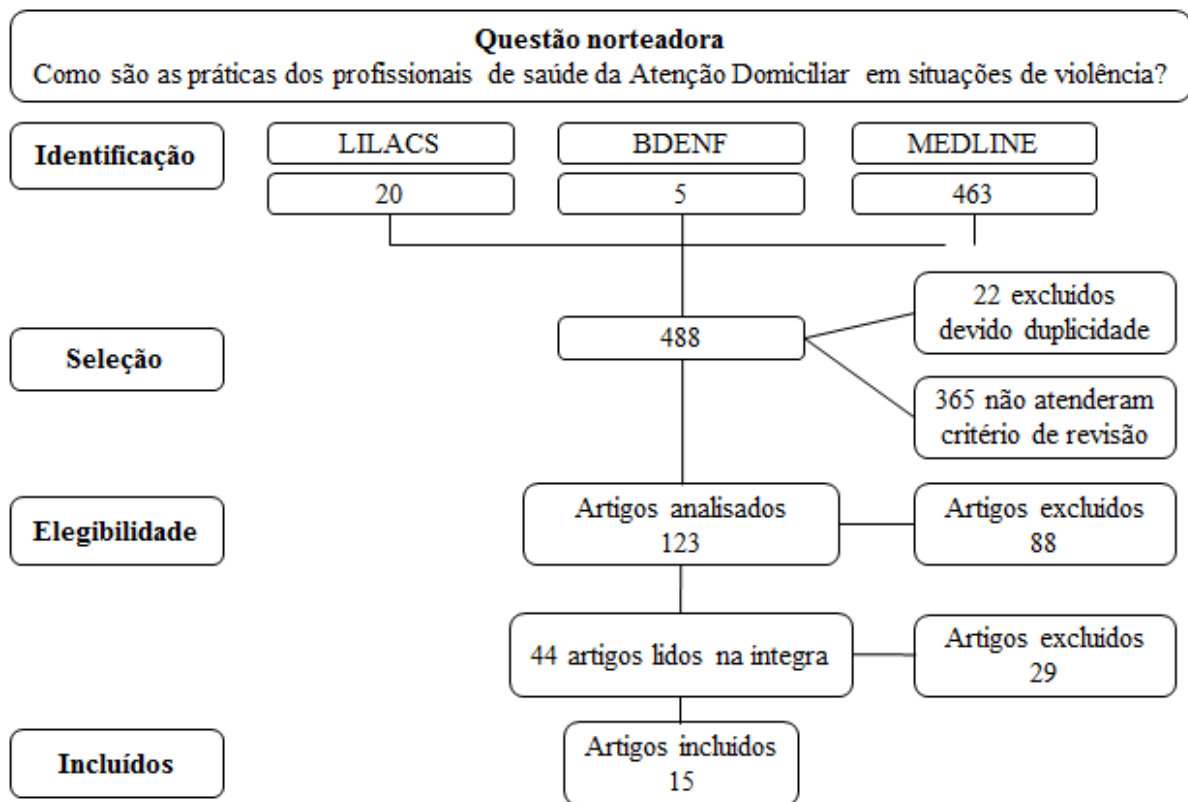
Por violência se tratar de um fenômeno complexo e difícil de conceituar, adotou-se descritores que se aproximassem com o termo, além de descritores sobre AD. Assim, na estratégia de busca na PubMed e BVS utilizou-se os termos descritos no quadro (**Quadro 1**).

Quadro 1 – Sintaxe dos descritores utilizados para a estratégia de busca – Belo Horizonte – 2018

("Violência Doméstica" OR "Domestic Violence" OR "Violencia Doméstica" OR "MausTratos Infantis" OR "Child Abuse" OR "Maltrato a los Niños" OR "Maus-Tratos ao Idoso" OR "Elder Abuse" OR "Maltrato al Anciano" OR "Maus-Tratos Conjugais" OR "Spouse Abuse" OR "Maltrato Conyugal" OR "Delitos Sexuais" OR "Sex Offenses" OR "Delitos Sexuales" OR "Abuso Sexual na Infância" OR "Child Abuse, Sexual" OR "Child Sexual Abuse" OR "Abuso Sexual Infantil" OR Estupro OR Rape OR Violación OR "Violência contra a Mulher" OR "Violence Against Women" OR "Violencia contra la Mujer") AND ("Assistência Domiciliar" OR "Home Nursing" OR "Atención Domiciliar de Salud" OR "Serviços de Assistência Domiciliar" OR "Home Care Services" OR "Servicios de Atención de Salud a Domicilio" OR "Cuidados Intermitentes" OR "Respite Care" OR "atenção domiciliar" OR "home care")

Na busca inicial, encontrou-se um total de 488 artigos. Pela leitura dos títulos e resumos, foi possível excluir 22 artigos por duplicidade nas diferentes bases e 365 artigos que não atendiam aos critérios de inclusão. Nesta etapa de elegibilidade encontrou-se 123 artigos que foram analisados e 88 artigos foram excluídos por não corresponder à questão norteadora ou não serem localizados na íntegra. Assim, dos 44 artigos lidos na íntegra, 29 foram excluídos por abordarem sobre out-home care e não atenderem ao objetivo da revisão. Desta forma, 15 artigos responderam à questão norteadora e constituíram a amostra desta revisão, conforme a figura (**Figura 1**).

Figura 1 – Fluxograma de seleção de artigos para revisão integrativa, Belo Horizonte, 2018



Fonte: Fluxograma elaborado pelas autoras

Para a seleção das publicações, a leitura dos artigos na íntegra foi avaliada por dois pesquisadores que possuem expertise na área, seguindo os critérios de inclusão e exclusão, e norteados pela pergunta de pesquisa. Cada pesquisador registrou sua avaliação e justificativa de inclusão ou exclusão do artigo em um banco de dados, detalhado por título, revista, base de dados, autores, resumo, resposta à questão e justificativa de inclusão ou exclusão. Ainda nesta etapa, os resultados foram discutidos e as discordâncias solucionadas por consenso entre os pesquisadores.

Na etapa de análise dos artigos, optou-se por discuti-los pelas dimensões de práticas do cuidado em idosos, crianças e mulheres. Esse critério temático foi utilizado por observar que as situações de violências nas diferentes etapas de vida demandam ações de conduta distintas pelos profissionais de saúde.

Avaliou-se a qualidade dos artigos com base na classificação do nível de evidência da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). A qualidade das evidências é classificada em seis níveis, sendo: I - Evidências resultantes da meta-análise de múltiplos

estudos clínicos controlados e randomizados; II - Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; III - Evidências de estudos quase-experimentais; IV - Evidências de estudos descritivos ou com abordagem qualitativa; V - Evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência e VI - Evidências baseadas em opiniões de especialistas.¹²

Por tratar-se de revisão integrativa da literatura, não houve necessidade de análise por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Foi mantida a autenticidade das ideias, conceito e definições dos autores dos artigos.

Resultados e Discussão

Os artigos foram lidos na íntegra e agrupados por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias empíricas, sendo construídas três categorias para análise, assim especificadas: Práticas profissionais em situações de violência identificadas contra idosos (I), práticas relacionadas a criança (II) e práticas relacionadas a mulher (III). Desta forma, apresenta-se o quadro (**Quadro 2**) com a descrição dos artigos, classificação quanto ao nível de evidência e categoria temática abordada.

Quadro 2 – Descrição dos artigos segundo autor, periódico de publicação, ano, país, título, ideia central e nível de evidência (NE) - Belo Horizonte – 2018.

Autor. Periódico. Ano. País	Título	Ideia Central	NE
Pickeringa CEZ, et al. International Journal of Nursing Studies. 2017. EUA	Identifying elder abuse & neglect among family caregiving dyads: A cross sectional study of psychometric properties of the QualCare scale ¹³	Apresenta a utilização do instrumento de escala “QualCare Scale” na identificação de abuso de idosos em domicílio pelos profissionais de saúde	III
Couture M, et al. Journal of Interpersonal Violence. 2016. Canadá	Implementing a Systematic Screening Procedure for Older Adult Mistreatment Within individual Clinical Supervision: Is It Feasible? ¹⁴	Apresenta o processo de implementação de um novo procedimento de triagem sistemática para maus tratos de idosos.	III

Sheehan OC. et al. Journal of The American Geriatrics Society. 2016. EUA	Development of Quality Indicators to Address Abuse and Neglect in Home-Based Primary Care and Palliative Care ¹⁵	Apresenta estudos que utilizaram o padrão de qualidade QI na abordagem de abuso e negligência de idosos atendidos em cuidados primários domiciliares e paliativos	V
Johnson YO, Hom. Healthcare Now. 2015. EUA	Home Care Nurses' Experiences With and Perceptions of elder self-neglect ¹⁶	Apresenta os determinantes de percepção das enfermeiras domiciliares sobre a autonegligência de idosos, suas experiências e as etapas que os enfermeiros tomam quando se suspeita de autonegligência.	IV
Vognar L, Gibbs LM. Clinics in Geriatric Medicine. 2014.EUA	Care of the Victim ⁶	Apresenta o treinamento para profissionais de saúde na detecção e conduta de abuso de idosos	IV
Powers JS. Clinics in Geriatric Medicine. 2014 EUA	Common Presentations of Elder Abuse in Health Care Settings ¹⁷	Apresenta práticas das instituições na identificação de abuso de idosos	IV
Sharps P, et al. Pediatrics. 2014. EUA	Engaging and Retaining Abused Women in Perinatal Home Visitation Programs ¹⁸	Apresenta o Programa de Visitas domiciliares para promoção e prevenção da violência doméstica contra as mulheres grávidas.	II
Ayalon L. Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2014. Israel	Reports of Elder Neglect by Older Adults, Their Family Caregivers, and Their Home Care Workers: A Test of Measurement Invariance ¹⁹	Apresenta a Escala 7-item para identificação e prevenção da violência em idosos	II
Cairns J, Vreugdenhil A. Australasian Journal on Ageing. 2014. Austrália	Working at the frontline in cases of elder abuse: 'It keeps me awake at night' ²⁰	Apresenta as práticas de saúde dos profissionais da Tasmânia frente ao bem-estar de idosos que sofrem abuso	IV
Friedman B, et al. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2015. EUA	Longitudinal Prevalence and Correlates of Elder Mistreatment Among Older Adults Receiving Home Visiting Nursing ²¹	Apresenta a prevalência de maus tratos em idosos, os subtipos de maus tratos e fatores associados	I

Alonso-Marsden S, et al. Child Abuse & Neglect. 2013. EUA	Family risk as a predictor of initial engagement and follow-through in a universal nurse home visiting program to prevent child maltreatment ²²	Apresenta avaliação de um programa de visita domiciliar como estratégia de identificação e prevenção da violência doméstica em crianças	III
Davidov DM, et al. Public Health Nursing. 2012. EUA	Nurse Home Visitors' Perspectives of Mandatory Reporting of Children's Exposure to Intimate Partner Violence to Child Protection Agencies ²³	Apresenta como os enfermeiros são treinados para identificar crianças que possam sofrer abuso ou negligência infantil e os procedimentos de relatório para casos suspeitos de maus tratos infantis.	III
Davidov DM, et al. Violence Against Women. 2012. EUA	Mandatory Reporting in the Context of Home Visitation Programs: Intimate Partner Violence and Children's Exposure to Intimate Partner Violence ²⁴	Apresenta os problemas relacionados de preenchimento dos relatórios obrigatórios de identificação de abuso de crianças em visita domiciliar.	IV
Ammerman RT, et al. Behavior Modification. 2012. EUA	Predictors of Treatment Response in Depressed Mothers Receiving In-Home Cognitive-Behavioral Therapy and Concurrent Home Visiting ²⁵	Apresenta a visita domiciliar como estratégia de prevenção da violência doméstica, estudo com mulheres	IV
Segal L, Opie R, Dalziel K. The Milbank Quarterly 2012. Austrália	Theory! The Missing Link in Understanding the Performance of Neonate/Infant Home-Visiting Programs to Prevent Child Maltreatment: Systematic Review ²⁶	Apresenta a visita domiciliar como estratégia para redução de abuso infantil	V

Foram analisados 15 estudos, entre os quais a abordagem qualitativa foi predominante (n = 7), seguidos da abordagem quantitativa (n = 6) e revisões (n=2). Os estudos foram realizados nos Estados Unidos da América (n = 11/73.3%), Austrália (n= 2 / 13.3%), Canadá (n = 1 / 6.7%) e Israel (n= 1/ 6.7%). Entre os tipos de violência descritos nos artigos incorporados à revisão destaca-se abordagens sobre abuso, maus tratos e negligência contra

crianças e idosos e a violência intrafamiliar contra crianças e mulheres. A maioria dos estudos apresentou nível de evidência IV (40%) que são estudos descritivos ou com abordagem qualitativa.

Práticas profissionais em situações de violência identificadas contra idosos

Os estudos foram realizados em países desenvolvidos, com práticas de profissionais e cuidadores domiciliares vinculados aos serviços de saúde e de assistência social. Segundo a maioria dos estudos¹³⁻¹⁷, alguns idosos não são capazes de realizar atividades básicas de vida diária sozinhos, como comer ou ir ao banheiro, ou seja, são indivíduos dependentes de cuidado. Além disso, o abuso de idosos é um problema que cresceu ao longo de décadas no mundo e que continua crescendo à medida que a população mundial envelhece de 35 milhões para uma previsão de 72 milhões até 2030.²⁷

Os idosos em situação de violência possuem dificuldades para tarefas básicas, hematomas sem explicação, sujos, desidratados e famintos. O idoso dependente de cuidados altera a dinâmica familiar e pode ser acometido por maus tratos pelo despreparo da família em assumir seus cuidados. Essa situação pode levar cuidadores familiares a situações de estresse e negligência no atendimento às necessidades, sendo possível chegar a abusos físicos, financeiros, psicológicos e de maus-tratos.

Um estudo buscou identificar práticas que os profissionais adotavam diante de casos de autonegligência de idosos, relacionados à dificuldade em seus cuidados como necessidades básicas, higiene pessoal inadequada, acúmulos de objetos, má alimentação e não procurar auxílio médico quando necessário. Os sentimentos de choque da realidade, como "horrrível", "triste" e "frustrante" devido as condições como os pacientes eram encontrados em casa, foram descritos pelos profissionais além de tristeza ou culpa pela incapacidade de solucionar os problemas encontrados. As práticas desenvolvidas envolvem o pensamento crítico sobre a situação do idoso em suas necessidades percebidas, agir com ética e carinho, educação em saúde, atenção à saúde mental dos idosos e na sua capacidade de tomar decisões. Os profissionais por inexperiência profissional ou ausência de orientações para o cuidado na formação sentem-se incapacitados para intervir de forma eficaz diante das situações de autonegligência de idosos.¹⁶

No estudo realizado em Israel, os resultados apontam o uso da escala de negligência como prática na identificação e avaliação de idosos negligenciados em uma unidade cuidadora. Além disso, os profissionais de cuidados domiciliários podem abster-se de relatar a

negligência e/ou não assumir o cuidado como sua responsabilidade porque o relato de uma suspeita de negligência pode colocá-los em risco de perder o emprego.¹⁹

Um estudo canadense aponta como prática um procedimento de triagem sistemática de sessões de supervisão clínica individual para apoiar assistentes sociais a melhorar a assistência aos idosos na detecção de maus-tratos. Contudo, esta atividade compete com as atividades administrativas, nas quais o procedimento poderia ir além da triagem e que ainda há uma dificuldade de registro das informações de maus tratos a idosos. O processo sensibiliza os assistentes sociais quanto aos fatores de risco para situações de violência ao idoso, o que permite refletir sobre as ações e discutir os casos em grupos.¹⁴ Neste contexto, a identificação de maus tratos a idosos e intervenções sobre os fatores de risco reduzem a ocorrência das situações de violência.

Estudo realizado nos Estados Unidos apresentou como prática o planejamento individualizado de cuidados centrados no paciente, com o objetivo de propor um ambiente terapêutico de cuidados, comunicação aprimorada da equipe e mudança de protocolo de comunicação. Os resultados apontaram estas mudanças como estratégias úteis para enfrentar o problema de abuso contra idosos.¹⁷

Um dos estudos selecionados teve como objetivo apontar indicadores de qualidade sobre abuso e negligência em cuidados domiciliares. Foram identificadas três principais práticas profissionais: desenvolvimento de diretrizes que indicam como abordar os abusos, provisão de educação e treinamento para equipe de saúde e envolvimento de especialistas interdisciplinares e equipes na abordagem de abusos. Foram apontadas diferenças nos quesitos de notificação obrigatória, falta de médicos conscientizados com as políticas e dúvidas sobre o que relatar e para quem, o que contribui para subnotificação do abuso de idosos.¹⁵

Ainda com relação aos idosos, outras práticas utilizadas diante de situação de violência são as avaliações médicas para questões agudas e de capacidade, avaliação para tutela, educação dos pacientes e familiares e resolução de problemas. Os profissionais de saúde, quando detectam necessidade de intervenção legal, acionam outros serviços para abordar as questões legais das vítimas que sofreram abuso, negligência ou exploração e precisam de proteção e tutela.⁶

Para os profissionais de saúde trabalhar com casos de abuso de idosos é desafiador, frustrante e o trabalho é difícil e às vezes perigoso. No cotidiano, enfrentam desafios em seu trabalho com quem sofre abuso como intimidação e ameaça (dos membros da família); dilemas práticos (equilíbrio no dever de cuidar com a autodeterminação do paciente); e apoio

organizacional. Neste contexto, as demandas dos pacientes necessitam de políticas organizacionais contra abuso de idosos, gerenciamento de apoio e serviços de apoio à violência familiar e etária.¹⁹

Um estudo abordou a visita domiciliar como uma estratégia assistencial que permite ao profissional de saúde e paciente desenvolver vínculos para que o paciente confie no profissional o suficiente para revelar que está sendo maltratado. O vínculo é desenvolvido no tempo que o profissional de saúde passa com o paciente e estabelece confiança entre ambos, resultando em uma assistência com diálogo. Um dos achados do estudo aponta que 10,5 visitas mensais, com duração média de uma hora por visita, podem facilitar o discernimento de abuso contra os idosos, o que torna a negligência percebida como forma do profissional perceber maus tratos.²⁰

A sensibilização sobre fatores de risco de abuso de idosos e a variedade de intervenções em diferentes contextos ajudam a promover a detecção, tratamento e prevenção dos abusos. Para a manutenção do ambiente doméstico a vítima pode ser levada para assistência domiciliar temporária ou outros (lar adotivo, lar de idosos ou hospital) por vários dias a semanas o que pode permitir um período de descanso para os cuidadores familiares. A assistência domiciliar temporária pode incluir: refeições, administração de medicamentos transporte, lembretes de saúde e cuidado pessoal.¹⁷

Alguns instrumentos podem ser aplicados para ajudar na identificação dos abusos em idosos como a Qualcare Scale, projetada para fornecer uma medida quantificável da qualidade da assistência prestada pelos cuidadores familiares. A escala possui 52 itens e está organizada em seis dimensões incluindo cuidados ambientais, cuidados físicos, manutenção de cuidados médicos, cuidados psicológicos, violações dos direitos humanos e financeiro. O instrumento de rastreamento é promissor para detectar os tipos de cuidados aos idosos e facilitar que os profissionais de saúde que prestam atendimento domiciliar, com o tempo, desenvolvam vínculos com o paciente e suas famílias. Fazer várias visitas durante um período torna a Qualcare Scale uma ferramenta viável para ser implementada na prática da AD.¹³

A identificação de abuso no domicílio requer um alto nível de suspeita e que os incidentes na instalação de cuidados sejam diretamente observáveis e rapidamente descobertos. O ambiente doméstico revela pistas sobre os abusos cometidos que são mais difíceis de serem percebidas em visitas ao consultório. Os pacientes idosos que se apresentam no consultório podem não ser capazes de revelar todas as preocupações, especialmente se acompanhados pelo cuidador. Sinais reveladores de medo, silêncio ou incapacidade de conversar com o paciente idoso sozinho são sinais de alerta de possíveis abusos para o

profissional. O abuso pode assumir muitas formas e muitas vezes não é diretamente observável.

Práticas profissionais em situações de violência identificadas contra crianças

Os artigos apresentam consenso quanto a importância da visita domiciliar e da notificação como uma prática adotada tanto para identificar casos de violência quanto para a prevenção de violência contra crianças. Além disso, abordam a necessidade da ação de profissionais de saúde específicos para enfrentar a violência relacionada às crianças.^{22-24,26}

As visitas domiciliares, consultas médicas e a coleta de informações de terceiros são os principais momentos de identificação da violência doméstica contra a criança. O domicílio se torna um ambiente suscetível à ocorrência de violência infanto-juvenil uma vez que mais da metade (52,3%) ocorreu no domicílio e foi causada por um membro da família (63,2%).²⁸

Um estudo selecionado teve como objetivo compreender se as visitas domiciliares auxiliam na detecção de maus tratos contra crianças. As evidências apontaram que as visitas domiciliares realizadas no período de pré-natal e durante a infância permitem aos profissionais perceber se o ambiente é seguro, o que a torna um artifício na prevenção e redução de índices de maus tratos infantis.²⁶ Assim, torna-se possível identificar casos de violência no domicílio e utilizar a denúncia dos mesmos como uma prática adotada pelos enfermeiros no caso de violência entre parceiros em que os filhos são afetados.²³ No Brasil, a atuação de Agentes Comunitários de Saúde no domicílio favorece a aproximação e o vínculo entre comunidade e equipe de saúde e, por ser um elo de interlocução, seu papel é estratégico, pois disponibiliza informações sobre problemas contextuais das famílias que estão expostas à violência.²⁹

Estudo realizado nos Estados Unidos apontou que de uma amostra de 532 profissionais, aproximadamente 55% dos enfermeiros deste estudo, que realizavam visitas domiciliares, relataram que devem denunciar a exposição da criança à violência entre parceiros. A maioria dos profissionais relataram que a denúncia pode proteger a criança (92%) e 56% indicaram que a denúncia pode afetar a relação profissional-paciente de forma negativa.²⁴ No contexto brasileiro, a visita domiciliar como ação educativa, envolve ações direcionadas aos pais nas quais são informados em relação ao direito da criança de crescer sem violência e os efeitos da mesma na saúde das crianças, além de utilizar o momento para esclarecer os deveres do responsável em relação à segurança e o bem-estar das crianças.³⁰

Práticas profissionais em situações de violência identificadas contra mulheres

Dos 15 artigos selecionados, dois apontam que os profissionais de saúde utilizam a notificação obrigatória e programas de visitas domiciliares como práticas para lidar com a violência contra mulheres.²²⁻²⁶ Além disso, outras estratégias vêm sendo adotadas pelos profissionais nos serviços e nas comunidades, entre elas grupos de mulheres, orientações e acolhimento das vítimas, visando melhorar as condições, embora não haja um padrão nas ações dos profissionais frente a situações de violência contra mulheres.

Os programas de visitas domiciliares têm surgido como uma intervenção para melhorar a oferta de serviços de atenção à saúde, bem-estar e prevenção de situações de violência que afetam as puérperas e famílias com recém-nascidos e crianças, particularmente entre população em desvantagens social e econômica em situações de risco relacionado à violência.²³⁻²⁵

O programa DOVE (Domestic Violence Enhanced Home Visitation Program) nos Estados Unidos é uma intervenção estruturada em ambientes urbanos e rurais que tem como objetivo identificar e manter mulheres grávidas abusadas em programas de visita domiciliar perinatais. O estudo apresenta uma visão do programa que demonstra que com treinamento adequado, os profissionais de saúde se sentem confiantes em perceber quando há abusos ou maus tratos no domicílio, e, desta forma, diminuindo a violência entre parceiros íntimos e sua exposição às crianças.¹⁸

Além disso, as visitas domiciliares podem ser consideradas práticas informativas, pois trazem à luz alguns riscos e benefícios relacionados ao cumprimento da notificação obrigatória e permitem o desvelamento da violência vivida.^{23,31}

Um estudo nos Estados Unidos apontou consenso entre os profissionais de saúde em relação à notificação de situações de violência como prática. Revelaram que ao encontrarem situações de abuso e violência entre parceiros íntimos, não há obrigatoriedade dos profissionais em fazer esta notificação à polícia ou aos serviços de proteção para adultos. Em contrapartida, em relação à notificação obrigatória relacionada à exposição da criança a violência entre parceiros, os profissionais de saúde informaram que sempre realizam a notificação.²⁴

Em estudo no contexto brasileiro, profissionais de equipe de Saúde da Família definiram sua atuação frente à violência contra mulheres como uma impotência paralisante reflexo da falta de organização do serviço para este fim. Após uma oficina com situações de violência para preparar os profissionais foi evidenciado que a violência sexual contra a mulher

envolve questões nas dimensões singular, particular e estrutural da realidade objetiva que merecem ser refletidas.³² Para refletir sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes, focalizando a atuação do enfermeiro à luz da sua prática profissional e da legislação brasileira, um estudo apontou que enfermeiras expressaram medo, insegurança, desconhecimento e incapacidade no atendimento às mulheres em situação de violência.³⁰

A prática profissional na atenção domiciliar em um contexto de violência traz dificuldades para os profissionais que nem sempre estão preparados para lidar com tantas situações de violência contra pessoas indefesas e não encontram respaldo nos diversos serviços como polícia, judiciário, assistência social e outros, tendo em vista a necessidade de intervenções intersetoriais. Além disso, muitas vezes, a violência evidencia situações familiares já existentes que se agravam com a dependência das pessoas assistidas. Os artigos analisados abordam, principalmente violência contra os idosos, embora se reconheça a magnitude da violência contra crianças e mulheres na sociedade, mas que nem sempre estão em atenção domiciliar.

Conclusão

Dentre as situações de violência contra pacientes na AD mais abordadas nos artigos destacam-se contra os idosos a identificação de autonegligência e detecção e condutas de abusos, maus tratos e negligência, contra as crianças foram encontradas a violência doméstica, abuso, negligência infantil e maus tratos e contra as mulheres destaca-se a violência doméstica. A maior parte dos artigos abordava práticas relacionadas a situações de violência contra idosos e crianças e as situações de violência contra mulheres na AD foram menos frequentes. Destaca-se a importância de realizar estudos específicos na área da violência contra a mulher na AD. A identificação da violência é o primeiro passo para se adotar estratégias que protejam pessoas vulneráveis, tendo em vista que, geralmente, há sinais de abusos e os profissionais de saúde devem estar atentos para que possam adotar medidas de proteção.

O vínculo dos profissionais de saúde com os pacientes e o conhecimento do contexto são importantes na decisão de agir sobre prováveis situações de violência. No entanto, por razões diversas, os profissionais mostram dificuldades para identificar a violência praticada e assim, as medidas protetivas podem não ser adotadas em sua prática na AD.

A violência na AD, pelos achados, tem sido pouco abordada se comparada aos vários estudos sobre violência de grupos específicos, como um problema de saúde pública, além de ser necessários outros estudos sobre o tema.

Referências bibliográficas

- 1 - Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Valencia LI, Hanashiro O, Machado PHG, Lima AS. Atlas da violência. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2017.
- 2 - Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 3 - MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.
- 4 - Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- 5 - Brasil. Portaria n. 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União*, Brasília 2016; 26 abr.
- 6 - Vognar L, Gibbs LM. Care of the Victim. *Clin Geriatr Med* [serial on the Internet] 2014 Nov [cited 2018 May 21];30(4): [about 11 p.]. Available from: [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(14\)00082-2/pdf](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(14)00082-2/pdf)
- 7 - Guzzo ACA, Cabral AC. Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem interdisciplinar na Saúde. Tribunal de justiça do Distrito federal e dos Territórios: Unicef; 2011.
- 8 – IBGE. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
- 9 - Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52(5):546-53.
- 10 - JBI. Reviewers' manual [Internet]. Adelaide: JBI; 2014 [cited 2017 June 08]. Available from: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>
- 11 - Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein* [serial on the Internet] 2010 Mar [cited 2018 May 21];8(1): [about 5 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.
- 12 - Oxford Centre for Evidence-based Medicine: levels of evidence [Internet]. 2009 [cited 2018 Jan 20]. Available from: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levelsevidence-march-2009>
- 13 – Pickeringa CEZ, Ridenoura K, Salaysaya Z, Reyes-Gastelumb D, Pierceb SJ. Identifying elder abuse & neglect among family caregiving dyads: A cross sectional study of psychometric properties of the QualCare scale. *Int J Nurs Stud* [serial on the Internet] 2017 Apr [cited 2018 May 21] 69: [about. 6 p.]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.012>.
- 14 - Couture M, Israël S, Soulières M, Sasseville M. Implementing a Systematic Screening Procedure for Older Adult Mistreatment Within Individual Clinical Supervision: Is It Feasible? *Journal of Interpersonal Violence* [serial on the Internet] 2016 Aug; [cited 2018 May 21]; [about. 21 p.]. Available from: <https://doi.org/10.1177/0886260516662851>.
- 15 - Sheehan OC, Ritchie CS, Fathi R, Garrigues SK, Saliba D, Leff B. Development of Quality Indicators to Address Abuse and Neglect in Home-Based Primary Care and Palliative Care. *J Am Geriatr Soc*. 2016; 64(12):2577-2584. Available from: <https://doi.org/10.1111/jgs.14365>

- 16 - Johnson YO. Home care nurses' experiences with and perceptions of elder self-neglect. *Home Healthc Now*. 2015; 33(1):31-7.
- 17 - Powers JS. Common Presentations of Elder Abuse in Health Care Settings. *Clin Geriatr Med* [serial on the internet] 2014 Nov [cited 2018 May 21]; 30(4): [about 13 p.]. Available from: [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(14\)00074-3/pdf](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(14)00074-3/pdf).
- 18 - Sharps P, Alhusen JL, Bullock L, Bhandari S, Ghazarian S, Udo IE, et al. Engaging and retaining abused women in perinatal home visitation programs. *Pediatrics* [serial on the internet] 2013 Nov [cited 2018 May 21]; 132 Suppl 2: [about 8 p.]. Available from: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/132/Supplement_2/S134.full.pdf
- 19 - Ayalon L. Reports of Elder Neglect by Older Adults, Their Family Caregivers, and Their Home Care Workers: A Test of Measurement Invariance. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [serial on the internet] 2015 May [cited 2018 May 21]; 70(3): [about 11 p.]. Available from: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu051>
- 20 - Cairns J, Vreugdenhil A. Working at the frontline in cases of elder abuse: 'It keeps me awake at night'. *Australias J Ageing* [serial on the internet] 2014 Mar [cited 2018 May 21]; 33(1):[about 4 p.]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ajag.12017>.
- 21 - Friedman B, Santos EJ, Liebel DV, Russ AJ, Conwell Y. Longitudinal Prevalence and Correlates of Elder Mistreatment Among Older Adults Receiving Home Visiting Nursing. *J Elder Abuse Negl* [serial on the Internet] 2015 [cited 2018 May 21]; 27(1): [about 33 p.]. Available from: <https://doi.org/10.1080/08946566.2014.946193>
- 22 - Alonso-Marsden S, Dodge KA, O'Donnell KJ, Murphy RA, Sato JM, Christopoulos C. Family risk as a predictor of initial engagement and follow through in a universal nurse home visiting program to prevent child maltreatment. *Child Abuse Negl* [serial on the internet] 2013 Aug [cited 2018 May 21]; 37(8):[about 11 p.]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.012>
- 23 - Davidov DM, Jack SM, Frost SS, Coben JH. Mandatory reporting in the context of home visitation programs: intimate partner violence and children's exposure to intimate partner violence. *Violence Against Women* [serial on the internet] 2012 May;[cited 2018 May 21];18(5): [about 16 p.]. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077801212453278>
- 24 - Davidov DM, Nadorff MR, Jack SM, Coben JH. Nurse home visitors' perspectives of mandatory reporting of children's exposure to intimate partner violence to child protection agencies. *Public Health Nurs* [serial on the internet] 2012 Sep-Oct [cited 2018 May 21]; 29(5): [about 12 p.]. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2011.01003.x>
- 25 - Ammerman RT, Peugh JL, Putnam FW, Van Ginkel JB. Predictors of treatment response in depressed mothers receiving in-home cognitive-behavioral therapy and concurrent home visiting. *Behav Modif* [serial on the internet] 2012 Jul [cited 2018 May 21]; 36(4): [about 20 p.]. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0145445512447120?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed#
- 26 - Segal L, Opie R, Dalziel K. Theory! The missing link in understanding the performance of neonate\infant home visiting programs to prevent child maltreatment: a systematic review. *Milbank Q* [serial on the Internet] 2012 Mar [cited 2018 May 21];90(1):[about 60 p.]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1468-0009.2011.00655.x>
- 27 - Policastro C, Payne B. Assessing the level of elder abuse knowledge pre- professionals possess: implications for the further development of university curriculum. *J Elder Abuse Negl*. 2014; 26(1): 12-30.
- 28 - Ramos MLCO, Silva AL. Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo - Brasil. *Saúde Soc* [serial on the

- Internet] 2011 [cited 2018 May 21]; 20(1): [about 11 p.]. Available from: <https://scielosp.org/pdf/sausoc/v20n1/16.pdf>
- 29 - Lima MCCS, Costa MCO, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC, Silva MR. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Rev. baiana saúde pública* [serial on the Internet] 2011 jan [cited 2018 May 21];35(1): [about 20 p.]. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSup11/a2303.pdf>
- 30 - Silva LMP, Ferriani MGC, Silva MAI. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. *Rev. bras. enferm.* [serial on the Internet] 2011 Oct [cited 2018 May 21]; 64(5): [about 6 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500018&lng=en.
- 31 - Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet] 2012 Oct [cited 2018 May 21]; 46(5): [about 8 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500008&lng=en.
- 32 - Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet] 2007 Dec [cited 2018 May 21]; 41(4): [about 8 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234200700>

2.2 Violência e Saúde

A violência é um fenômeno sócio-histórico e que acompanha a humanidade em toda a sua história. Há diversos registros e conceitos sobre violência, desde a Antiguidade até os dias atuais, o que torna esse fenômeno multiconceitual. Há vários tipos de violência, objeto de estudo de vários pesquisadores (HARDY, 2012; SCHIAMBERG; OEHMKE; ZHANG, et al., 2012; SCHEK; SILVA; LACHARITÉ, et al., 2017), mas em determinados espaços torna-se importante o conhecimento da violência em seu contexto mais amplo.

Em 2002, pela primeira vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS) se pronunciou em relação à violência de forma mais contundente e, para isso, divulgou o Relatório mundial sobre violência e saúde. A OMS (2002) fornece um modelo útil para compreender os padrões da violência que ocorrem no mundo, na vida diária das pessoas, das famílias e das comunidades. Conforme este modelo, a violência é dividida em três grandes categorias: violência dirigida a si mesmo ou auto-infligida; violência interpessoal; violência coletiva.

Antes da publicação do Relatório mundial sobre violência e saúde da OMS, o Ministério da Saúde já havia se pronunciado sobre o assunto. Depois de longo debate com diferentes segmentos sociais a respeito da situação do Brasil, de ouvir os membros do Conselho Nacional de Saúde e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, aprovou uma

portaria e publicou um documento, denominado Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência, a Portaria n. 737 de 16/05/01(BRASIL, 2001), visando orientar o setor quanto a sua atuação diante do problema. Este é o marco de entrada oficial da violência na pauta do setor saúde no Brasil.

Colocam-se a seguir algumas sobre violência discutida por Minayo (2003; 2005):

A violência é um fato humano e social. Não se conhece nenhuma sociedade totalmente isenta de violência. Ela consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros: indivíduos, grupos e coletividades. Há sociedades mais violentas do que outras, o que evidencia o peso da cultura na forma de solução de conflitos (MINAYO, 2007, p.23).

Outras definições existem, algumas coincidentes, outras divergentes. Por ser um fenômeno complexo e multicausal que atinge todas as pessoas e as afeta emocionalmente, a violência foge a qualquer conceituação precisa (MINAYO; ASSIS, 2017).

A violência é histórica, cada sociedade, dentro de épocas específicas, apresenta formas particulares. Por exemplo, há uma configuração peculiar da violência social, econômica, política e institucional no Brasil, na China, na Holanda. Da mesma forma, a violência social, política e econômica da época colonial brasileira não é a mesma que se vivencia hoje, num mundo que passa por grandes transformações (MINAYO, 2006; MINAYO; SOUZA, 2007).

Por ser histórica, a violência pode aumentar ou diminuir pela força da construção social. Suas formas que ocorrem nos níveis coletivos, individuais e privados, precisam ser analisadas junto com as modalidades mais simbólicas, de forma muito profunda e aberta, para que todos possam colaborar (MINAYO, 2006; MINAYO; ASSIS, 2017).

É um fenômeno multifacetado e resultado da interação entre fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais. Não há um único fator que a defina ou explique por que ocorre em determinadas regiões. Por ser associada a fatores culturais e histórico, este fenômeno pode ser compreendido e analisado de acordo com o momento histórico no qual está inserido. Assim, um ato pode ser tornar violento, aceitável ou não, dependendo da época e local que foi cometido (MINAYO, 2003; NJAINE; ASSIS; CONSTANTINO, 2007; MINAYO; SOUZA; SILVA, et al., 2018).

Os profissionais de saúde, em seu cotidiano de trabalho, deveriam ser capacitados a distinguir os sinais da violência nos pacientes. A violência não é um tema da saúde, mas a afeta porque acarreta lesões, traumas e mortes e sua discussão deve se localizar no conjunto de problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014).

Assim como todo fenômeno social, a violência é um desafio, e não apenas um mal, indevidamente naturalizado e biologicamente determinado, pode ser um elemento de mudanças (MINAYO, 1994).

Além dos estudos que tem aumentado no Brasil desde a década de 1990, diante da problemática, aprovou-se a Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001 (BRASIL, 2001). Esta Portaria estabelece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), que mediante um conjunto de ações articuladas e sistematizadas visam à promoção, elaboração ou à readequação de planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. A PNRMAV esclarece que os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde, podendo ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (como agressões e lesões infringidas ou autoinfringidas).

As diretrizes legais da Portaria, na perspectiva da promoção da Saúde, são entendidas como um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, tanto no âmbito individual como no coletivo, e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Ela define diretrizes para o setor da Saúde e identifica as responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País (BRASIL, 2013)

Para melhor compreender a violência, a OMS (2002) propõe uma tipologia que classifica a violência segundo quem pratica e sua natureza. Essa classificação será utilizada como eixo norteador deste estudo.

Considerando o perpetrador (aquele que pratica uma ação e/ou atividade), são apresentadas três categorias:

- Violência autoinfligida, subdividida em comportamento suicida e agressão autoinfligida, sendo esta uma violência dirigida a si mesmo;
- Violência interpessoal, subdividida em: violência de família e de parceiro íntimo, perpetrada por conhecidos e parentes, geralmente dentro do ambiente doméstico, inclui violência doméstica contra crianças, idosos, mulheres; e a violência comunitária, perpetrada por conhecidos ou não, que não tem relação de parentesco, geralmente praticada fora do ambiente doméstico, inclui violência juvenil, atos violentos aleatórios, estupros ou ataques sexuais realizados por estranhos, e a violência em grupos institucionais como: escolas, locais de trabalho, entre outros.

- Violência Coletiva perpetrada por grandes grupos e/ou países, que pode ser uma violência social, política e econômica, tendo um fim específico de ação.

Em relação a sua natureza, a violência pode ser classificada em quatro categorias:

- Violência física: ocorre quando há o uso da força física contra uma pessoa ou um grupo, que resulte em danos físicos, sexuais e/ou psicológicos. Além da violência física por surras, esfaqueamentos, tiroteios, empurrões, entre outros.
- Violência psicológica: acontece quando há uso intencional do poder contra outra pessoa ou grupo, que resulte em dano físico, mental, espiritual, moral e/ou social. Exemplos desse tipo de violência são: os assédios em geral; bullying; ameaças e agressões verbais.
- Violência sexual pode ser definida como: qualquer ato ou intenção de obter relação indesejada, que podem ser praticados por qualquer pessoa independente de sua relação com a vítima. Os estupros e o tráfico sexual são exemplos desse tipo de violência.
- Violência relacionada à privação ou abandono: é delimitada por falhas no cuidado em uma ou mais áreas: saúde, nutrição, segurança, abrigo e condições de vida segura. Incluem a negligência / abandono a idosos, crianças, deficientes/incapazes de prover seu cuidado sozinho.

A violência, como prática humana, cultural e política torna-se parte de contradições e assume várias faces e diferentes formas. Pode partir de uma pessoa, de um grupo e de instituições. Pode ser exercida e vivida, como algo normal, sem que seja identificada e compreendida o que caracteriza a sua naturalização (RODRIGUES; TAVARES; MELO, et al., 2018).

Por exemplo, a violência doméstica, que ocorre dentro da casa, na família, como consequência do que vivemos na sociedade, é concebida por muitos como natural, cultural. Esta naturalização diz respeito ao modo e as condições de vida do cotidiano de uma sociedade em que os homens são mais reconhecidos que as mulheres pelo fato de dominarem o poder econômico e exercerem influência e domínio sobre o político também. Este poder garante a desigualdade e desenvolve um processo de produção e reprodução da violência (MOREIRA; GALVÃO; MELO, et al., 2008; SILVA; AQUINO; PINTO, 2014).

A família pode desempenhar um papel relevante, é um espaço muito importante, mesmo considerando que “atravessa uma crise cultural profunda, como todas as comunidades e vínculos sociais (MINAYO e ASSIS, 2017). Um estudo qualitativo, aponta que há rótulos

acusatórios e omissões graves em relação às configurações familiares, fatos que reforçam a complexidade de definir uma situação como negligência, as famílias podem reproduzir, praticar ou sofrer negligências (MATA; SILVEIRA; DESLANDES, 2017).

Com relação aos segmentos da linha de cuidado relacionado a criança, adulto e idosos, foram sendo formuladas políticas e diretrizes de abordagem. Nos marcos legais de proteção de crianças e adolescentes destacam-se: Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que cria o Estatuto da Criança e do Adolescente que estabelece que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais; a Lei 12.015/2009 que dispõe sobre os crimes hediondos e corrupção de crianças e adolescentes e define estupro e crimes sexuais contra vulneráveis; a Lei nº 13.010/2014 que estabelece o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante.

Com relação a violência contra a mulher, foi estabelecido o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Essa iniciativa incorporou os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e deu ênfase à violência de gênero, seguindo a tendência do movimento feminista mundial. Em 2004 o PAISM foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. E a Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Em 2006, o MS promulgou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, criando normas para hospitais, clínicas e instituições de longa permanência a respeito da prevenção da violência.

No desenvolvimento deste estudo, entende-se a violência como um fenômeno socialmente construído e que as pessoas interpretam essas ações como comuns no cotidiano. Essa interpretação torna a atuação dos profissionais de saúde deficitária para solucionar os problemas da violência, que se tornam invisíveis na dimensão do cuidado em saúde (CAHÚ; COSTA; COSTA, et al., 2014; MAIA et al., 2019).

Para Minayo, Souza, Silva et al. (2018), houve vários avanços, mas os desafios ainda persistem. A violência necessita fazer parte da agenda prioritária do setor saúde, conforme apontam seus impactos na qualidade de vida da população. Nesse sentido, as equipes que compõem o SAD têm o papel de, além de cuidar dos pacientes no domicílio, ajudar a fazer a gestão dos seus cuidados e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2013).

2.3 O cotidiano para Michel de Certeau

Violência e saúde tornam-se uma questão complexa no cotidiano dos profissionais da AD, no qual as situações de violência constroem seu cenário multifacetado. Neste cenário, o profissional de saúde se depara com desafios e é necessário criar formas específicas de fazer, em seu cotidiano, para lidar com as situações de violência. Assim, em uma tentativa de entender o cotidiano, utilizamos a perspectiva apresentada por Certeau:

O cotidiano é aquilo que nos é dado cada dia (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente. Todo dia, pela manhã aquilo que assumimos, ao despertar, é o peso da vida, a dificuldade de viver, ou de viver nesta ou noutra condição com esta fadiga, com esse desejo. O cotidiano é aquilo que nos prende intimamente, a partir do interior. É uma história a meio-caminho de nós mesmos, quase em retirada, às vezes velada [...] (CERTEAU, 2014, p. 31).

Michel de Certeau fala sobre a vida cotidiana, como o que nos é dado a cada dia, é mais do que apenas um cenário de trabalho de rotina, porque envolve formas de viver e de se relacionar. É um espaço onde as relações de poder se manifestam e se inserem em práticas cotidianas que se materializam por meio de táticas e formas de fazer que ressignificam o lugar e estimulam movimentos circunscritos de cada indivíduo (CERTEAU, 2014).

Nesse sentido, para a AD, o cotidiano vivido é inerente ao trabalho em saúde, dependente dos movimentos e ações entre profissionais, instituições e usuários dos serviços. Existe uma invisibilidade no cotidiano que faz com que cada sujeito nas composições se estabeleça em redes e em suas relações interpessoais e com o sistema a ser consumido (CERTEAU, 2014).

Torna-se importante abordar, mesmo de forma sucinta, a trajetória intelectual de Michel de Certeau, que foi um jesuíta, estudioso de religiões, membro da École Freudienne de Jacques Lacan, colaborador do governo francês em projetos de promoção do uso dos meios de comunicação e professor no Instituto Católico de Paris, titular da École des Hautes Études em Sciences, França, professor da University of California, em San Diego, EUA, entre outras ligações profissionais e intelectuais (JOSGRILBERG, 2005, p.18).

Para direcionar a investigação, dada a complexidade do objeto de estudo elegeu-se como fundamentação teórica a abordagem de Michel de Certeau sobre o cotidiano, nela inseridos os conceitos de práticas, estratégias, táticas, lugar, espaço, mas o autor também apresenta os conceitos de mapa e percurso (CERTEAU, 2014). As práticas para o autor são

“maneiras de fazer” que se constituem a partir das estratégias e das táticas cotidianas, componentes de um espaço organizado, ou seja, de um cotidiano.

Para o autor estratégia é o cálculo das relações de força que se tornam possíveis, as formas de comportamento e de agir dos sujeitos (leis, protocolos, normas, rotinas). É relacionada a procedimentos que utilizam as referências de um “lugar próprio” (um espaço controlado por um conjunto de operações, estratégias, fundamentadas por relações de poder).

A tática, por sua vez, é silenciosa e diz respeito a ação calculada determinada pela ausência de um próprio. As táticas podem ser vistas como o uso inventivo de possibilidades dentro de contextos estratégicos (JOSGRILBERG, 2005). Desta forma, as táticas organizam um novo “espaço”, que é um lugar praticado; as táticas implicam um movimento que foge das relações de poder (estratégias) que controlam o espaço social (JOSGRILBERG, 2005, p.23). Há três descrições de táticas relacionadas em comum: a possibilidade de agir dentro de determinadas condições que são o campo de batalha, o contingente ou dentro dos limites de discursos hegemônicos.

Certeau (2014) explora, ainda, como os "consumidores da cultura" que fazem uso das práticas oferecidas e infligidas sobre eles pela cultura dominante. As práticas táticas excedem o que é "dado" pelo sistêmico. Operando dentro do espaço de sistemas totalizantes, elas insinuam alteridade nesses sistemas, negociando com as lacunas entre o "dado" e como ele pode ser usado e configurado de forma diferente.

É importante ressaltar que as táticas não têm um lugar próprio, mas criam espaços temporários produzindo fronteiras móveis e dentro destes espaços outras histórias podem ser contadas (CERTEAU, 2014).

Certeau (2014) destaca um homem “ordinário” que é aquele que consegue desviar dos encontros com “o poder”, escapar a um olhar totalizante e pré-estabelecido. Este homem ordinário vai criando e (re)inventando o cotidiano a partir de suas táticas.

Em uma situação de violência, um indivíduo precisa projetar uma fronteira para aquela situação, a fim de obter um espaço distinto para a construção de significado no cotidiano (SAMELIUS, THAPAR-BJÖRKERT; BINSWANGER, 2014). Na perspectiva de Certeau (2014) significado pode ser consequência de um limite. Ao articular um limite e desse modo uma resposta finita para a violência, um espaço é criado onde significados podem ocorrer. Certeau (2014) afirma que o limite tem uma função permissiva, pois tem que permitir outras montagens fora de si.

É importante ressaltar que as táticas descritas Certeau (2014), sendo eventos cotidianos, incluem possibilidades de mudança. Para o processo de pontos de viragem sobre

as manobras táticas e performances também precisam gerar espaço(s) dialógico(s) aonde novos entendimentos podem ocorrer (SAMELIUS; THAPAR-BJÖRKERT; BINSWANGER, 2014).

Para compreender as estratégias e táticas, Certeau (2014) acrescenta os conceitos de “lugar” e “espaço” que se relacionam no cotidiano. Para Certeau (2014), o lugar implica uma indicação de estabilidade organizada pelas estratégias que asseguram essa estabilidade. Assim se estabelece a ideia de estratégia e sua relação com a organização e determinação dos lugares (JOSGRILBERG, 2005). Por outro lado, espaço não possui univocidade e nem a estabilidade de um próprio, é um lugar praticado (CERTEAU, 2014). Na metáfora de Certeau (2014) que diz “a rua geometricamente definida por um urbanismo é transformada em espaço pelos pedestres”, apresenta uma ideia de articulação de diferentes espacialidades dentro dos limites de um lugar controlado. A rua sendo um lugar espacial e determinado tem uma organização e pontos fixos e limites para os pedestres, e ao mesmo tempo, os pedestres podem caminhar e criar seus próprios itinerários, transformando as ruas em espaço, ou seja, um lugar praticado.

Em uma mesma organização espacial, há formas de lugar e espaço, sendo o lugar próprio, onde o tempo é estável e as posições fixas e o espaço é dinâmico (JOSGRILBERG, 2005).

Na prática, Certeau (2014), ainda apresenta os conceitos de “mapa” e “percurso”, que se refere a um caminhar que se reporta em mapas urbanos que transcreve os traços e as trajetórias a serem seguidos. “O mapa é um memorando que prescreve ações e descreve o percurso a fazer”, delimita e indica certa ordem dos lugares, delineando um quadro com traçados geográficos. Os percursos são as descrições de caminhos para o que se deve fazer. Na metáfora da rua, os pedestres podem fazer percursos cotidianos variáveis e criar possibilidades espaciais em seu andar e, com isso, praticam outros espaços, deslocam e inventam as idas e vindas, criam variações ou improvisações da caminhada (CERTEAU, 2014). Desta forma, lugar e mapa são conceitos com elementos estáticos, e o percurso e espaço possuem elementos dinâmicos (JOSGRILBERG, 2005).

Contextualizando os conceitos certeuanianos de Estratégia, Tática, Lugar e Espaço, Mapa e Percurso neste estudo, considera-se que no âmbito da AD em relação a situações de violência, as estratégias são as políticas públicas e documentos oficiais do MS que organizam o lugar AD. As estratégias ditam este lugar e norteiam o fazer dos profissionais. Podemos pensar na AD como lugar praticado (espaço) onde os profissionais da AD re/inventam o cotidiano de trabalho em situações de violência percebidas, muitas vezes utilizando táticas.

O estudo de Samelius, Thapar-Björkert e Binswanger (2014) descreve dois casos de violência contra mulher por parceiros íntimos, foi observado que as histórias de ambas podem ser lidas como um acúmulo de experiências e movimentos táticos no território da mudança. No estudo seja brincando com o vizinho, elaborando uma fuga, planejando com o colega ou lendo sobre drogas. Estes movimentos de tática e os deslocamentos de "dados" abrem uma possibilidade de diálogo e, portanto, para a mudança.

No estudo, a vítima está lendo sobre drogas para fazer um deslocamento dentro das lógicas dominantes desenvolvidas por seu parceiro violento, criando espaço, e assim, realizando um entendimento diferente. Segundo Certeau, táticas permitem acreditar que as coisas podem ser de outra forma, uma "virada" que tornaria possível ambos pensando e fazendo o contrário.

Na perspectiva de Certeau, persistir e sobreviver em relacionamentos violentos torna-se parte de um processo de ganhar espaço, um processo de transformação, ouvido ou não ouvido, articulado ou não dito. Aqui, silêncios e brechas se tornam parte de pontos de virada, um ato de delimitação e um processo de ganhar novos significados de si mesmo e outros, em situações de violência (CERTEAU, 2014; SAMELIUS, THAPAR-BJÖRKERT; BINSWANGER, 2014).

Um estudo sobre a produção científica internacional de estudos organizacionais com as ideias de Michel de Certeau apresentou 57 artigos analisados por aspectos gerais, metodológicos e temáticos. Os resultados mostram o Reino Unido como o país com mais estudos, do tipo empírico e qualitativo, com predomínio de estudos de caso e da entrevista como técnica de coleta. Além disso, constatou-se que resistência foi a temática mais recorrente, tática foi o conceito mais usado e Michel Foucault e Pierre Bourdieu foram os teóricos mais articulados com Michel de Certeau (FARIA; LEITE-DA-SILVA, 2017).

Estudos sobre a análise do cotidiano a partir do referencial de Michel de Certeau têm sido utilizados na área da saúde. Rates, Cavalcante, Santos et al. (2019) ao refletir sobre o cotidiano de trabalho em enfermagem, relatam que é preciso mergulhar na dimensão invisível das táticas incontroláveis de sujeitos que ressignificam o sistema social e que é nesse cotidiano, que se procura escapar das situações e relações de poder de um sistema cultural previamente estabelecido.

Desta forma, o cotidiano de um serviço de saúde possui elementos de estratégia que podem isolar os profissionais de saúde num lugar normativo, uma estrutura visível, na qual podem ser controlados, vigiados e cobrados. Entretanto, no cotidiano há possibilidades do uso de táticas, próprias de cada sujeito que praticam o lugar e que burlam os elementos de

estratégia, apesar de estratégias e táticas não serem excludentes (RATES; CAVALCANTE; ALVES et al., 2018).

Estudo de Silva, Silva, Oliveira et al. (2017) aponta que as práticas cotidianas dos agentes comunitários de saúde na atenção à saúde de idosos envolvem estratégias e táticas, como a apropriação de espaços no território para a realização das atividades de grupo.

Observa-se, no entanto, que o cotidiano na perspectiva dos estudos de Michel de Certeau, ainda é pouco explorado como referencial teórico de estudos na área da saúde (SILVA; SILVA; OLIVEIRA et al., 2017; RATES; CAVALCANTE; ALVES et al., 2018; RATES; CAVALCANTE; SANTOS et al., 2019), e que não se localizou estudos desta natureza com profissionais da AD em situações de violência.

CAPÍTULO III

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Desenho do estudo

Este estudo configura-se como um estudo de caso único, de abordagem qualitativa. Segundo Yin (2014), o estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto social e suas interconexões, é uma investigação empírica que permite o estudo de um fenômeno cujos limites não estão claramente definidos. A escolha do estudo de caso justifica-se por permitir a investigação de um fenômeno social complexo, trabalhar subjetividades na busca pelo conhecimento científico, construções e replicações teóricas da realidade. Portanto, os estudos de caso não buscam a generalização de seus resultados, mas a compreensão e interpretação mais profunda de fatos e fenômenos específicos.

Para os estudos de caso, deve-se definir a unidade de análise, o "caso", que pode ser um indivíduo, algum evento ou entidade que é menos definido do que um único indivíduo (YIN, 2014). Neste estudo, definimos o caso como o cotidiano de trabalho de profissionais de saúde da Atenção Domiciliar de Contagem, focalizando situações de violência, ainda pouco discutidas, o que confluí para a delimitação desta pesquisa como um estudo de caso único (YIN, 2014).

Como referencial teórico, foram utilizados os conceitos dos estudos de Certeau (2014) sobre o cotidiano para nortear este trabalho. Certeau estuda as maneiras de agir, linguagem, símbolos, arte e espaços que compõem uma cultura a ponto de examinar as maneiras como as pessoas se apropriam destas coisas em situações cotidianas. Neste ponto, foi importante para compreender o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde frente a situações de violência. Certeau busca compreender o conjunto de práticas culturais, a cultura múltipla que se produz por diferentes grupos e pelos sujeitos e precisa ser compreendida.

3.2 Cenário e participantes do estudo

A opção de se estudar o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Contagem, como cenário, se deu por apresentar uma longa trajetória de atenção domiciliar e ser referência na assistência no estado de Minas Gerais. E segundo o Atlas da Violência (2019), Contagem é a 5ª (quinta) cidade mais violenta de Minas

Gerais, Brasil, no ranking de taxas de homicídios, tendo 36,7 homicídios por 100 mil habitantes.

Em Contagem, o SAD está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e é referência de modelo na AD no estado de Minas Gerais para outras cidades. O SAD é organizado em 7 equipes: 6 Equipes Multiprofissionais de Assistência Domiciliar (EMAD), sendo 4 clínicas, 1 pediátrica, 1 ortopédica e 1 equipe multiprofissional de apoio (EMAP). O EMAD é formado por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e técnicos de enfermagem e o EMAP é formado por fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas sociais.

A amostra foi intencional, envolvendo todas as equipes do SAD de Contagem, composta por 72 profissionais de saúde, sendo as categorias profissionais: Médicos generalistas, cirurgião plástico, ortopedista, cardiologista, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudióloga e nutricionista. Todas as equipes do SAD e seus profissionais foram convidados a participar da pesquisa. Os critérios de inclusão dos participantes foram: Profissionais de saúde vinculados ao SAD por mais de 04 (quatro) meses; e critérios de exclusão: Profissionais de saúde recém-contratados, de férias ou licenciados no momento da coleta de dados.

De 72 trabalhadores de saúde, 42 participaram da pesquisa, 15 pessoas estavam afastadas do trabalho por motivo de férias ou doença, 14 pessoas afirmaram não estarem sujeitas a situações de violência e 1 pessoa se recusou a participar.

Após autorização da coordenação do SAD e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), o projeto foi apresentado às equipes. Com a concordância dos profissionais de saúde iniciamos o acompanhamento das equipes após contato telefônico com o enfermeiro de cada equipe. O objetivo foi entrevistar todos os profissionais de saúde por acreditar que o cotidiano de trabalho e o olhar sobre o objeto pesquisado são únicos para cada pessoa.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 02 setembro a 07 de dezembro de 2018. A etapa da coleta de dados, segundo Yin (2014), requer habilidades específicas do pesquisador, treinamento e preparação, desenvolvimento de um roteiro e a condução de um “estudo-piloto”.

O questionário e o roteiro de entrevistas foram validados com uma equipe de Atenção Domiciliar de outro município e não entrou no resultado da pesquisa. Esta etapa é importante para se adequar as questões aos objetivos da pesquisa.

Para Yin (2014), a coleta de dados no estudo de caso aborda seis fontes de evidências comumente utilizadas: entrevista, observação não participante, observação participante, documentos, registro em arquivos e artefatos físicos. Enfatiza que a triangulação entre estas eleva a confiabilidade da pesquisa, visto que permite várias avaliações de um mesmo fenômeno ou objeto.

Neste estudo, quatro tipos de dados foram coletados, incluindo: 1) pesquisa com questionário para complementar a coleta de dados demográficos dos profissionais de saúde e suas percepções sobre os cuidadores em relação à preocupação com o cuidado, evidências de abuso e violência financeira nos pacientes atendidos em AD (APENDICE A); 2) entrevistas, em profundidade, com roteiro semi-estruturado (APENDICE B), abordando os guias e protocolos que utilizavam no atendimento, situações de violência que presenciaram e como foi a abordagem profissional. O profissional de saúde poderia falar sobre qualquer situação de violência que tenha vivido; 3) observações de encontros clínicos para conhecer o cotidiano dos profissionais em visitas domiciliares e discussão de abordagens clínicas ou sociais do paciente; e 4) documentos (registros de visitas e relatórios) para identificar situações de violência e como foram abordados e resolvidos.

Um diário de campo foi utilizado para os registros dos procedimentos, das decisões durante a realização da investigação e referentes ao vivido pela pesquisadora durante a observação, como os sentimentos experimentados, as impressões, reflexões que podem ser úteis para a coerência do processo de investigação e análise dos dados. O diário de campo consistiu em um caderno ofício numerado em páginas, datado, para registro e notas de observação (NO).

O uso de entrevistas, especialmente a entrevista em profundidade, permite identificar as diferentes formas de perceber e descrever os fenômenos (DUARTE; BARROS, 2006).

O roteiro semiestruturado foi construído para aprofundar a discussão sobre as situações de violência vivenciadas pelos profissionais de saúde e com base nas ideias de Michel de Certeau sobre o cotidiano. Foram feitas as seguintes perguntas na entrevista: Fale-me sobre o seu dia a dia de trabalho na Atenção Domiciliar; Descreva para mim os protocolos e guias para o trabalho na Atenção Domiciliar e sua utilização pela equipe; Você pode me dizer o que é violência?; Com a sua experiência na Atenção Domiciliar, me fale sobre os momentos que você, como profissional de saúde, teve que lidar com situações de violência no

trabalho e com os pacientes. Que tipo de violência ocorreu? Quando se depara com situações de violência, o que você tem feito para solucionar ou encaminhar a situação?; Como é o trabalho do profissional da Atenção domiciliar diante de situações de violência contra o profissional ou o paciente?

Os dados do questionário foram sobre sexo, idade, local de trabalho, tempo de profissão (anos), estado civil e escolaridade, e as seguintes questões: Durante sua graduação, você teve preparo para atuar em situações de violência no contexto da saúde? e as perguntas seguintes apresentavam varias opções e o participante poderia marcar uma ou mais respostas: - Os cuidadores mais encontrados no ambiente doméstico; os cuidadores estão mais atentos a quais necessidades do paciente; história ou evidência de episódios abusivos; evidências de abuso financeiro. O questionário teve um tempo médio de duração de 8 minutos.

Após aprovação do projeto e apresentação para os profissionais de saúde, foi definido a trajetória de acompanhamento das equipes para observação e entrevistas. No total, foram acompanhadas 5 equipes de AD.

Os profissionais de saúde foram contatados previamente e convidados a participar do estudo. Mediante o aceite do profissional em participar da pesquisa, foi realizado o agendamento da entrevista no local de trabalho sem que houvesse prejuízo na assistência. A entrevista foi realizada em momentos como período do almoço ou final de plantão. Alguns profissionais (3) não quiseram participar das entrevistas, mas foram convidados a participar do preenchimento do formulário e aceitaram preenchê-lo.

As entrevistas individuais foram realizadas em ambiente privativo, pelo pesquisador e realizadas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma para o participante e outra que ficará sob a guarda do pesquisador. Para o profissional que aceitou participar da entrevista, ela foi conduzida por um roteiro semiestruturado e após seguiu-se a aplicação do questionário. Optou-se por essa sequência para que as perguntas do questionário não influenciassem nas respostas da entrevista.

Foram realizadas 39 entrevistas seguidas da aplicação do formulário estruturado, sendo que 3 somente preencheram o formulário, totalizando 42 participantes. A duração média das entrevistas foi de 40 minutos.

Para complementar as informações, dados observacionais também foram coletados no local de trabalho do hospital ou na Emergência e nas visitas domiciliares realizadas pelo pesquisador. Durante o período de coleta de dados, foi possível conhecer o trabalho das equipes e perceber os desafios cotidianos dos profissionais, tanto positivos quanto negativos. A observação nos cenários da AD totalizou 298 horas e 270 visitas foram

realizadas juntamente com os membros da equipe. A duração das visitas variou de acordo com o tipo de cuidados necessários ao paciente, como troca de curativos, ganho de peso dos pacientes pediátricos, cuidados paliativos, antibioticoterapia e outros. Foram coletados, também, dados dos registros das visitas e relatórios.

3.4 Análise de dados

Os dados coletados do questionário foram organizados em planilha eletrônica e analisados no ambiente de programação estatística R (versão 3.0.1). Para as variáveis quantitativas, foram realizadas as análises descritivas utilizando as frequências absolutas e relativas.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e receberam um código de acordo com a ordem das entrevistas para garantir o anonimato (E1, E2, E3, ...). Os nomes de pessoas e locais foram substituídos por “YYY”.

Para o armazenamento de dados, o processo de codificação e a validação da codificação, utilizou-se o software MAXQDA® versão 12.2. O software MAXQDA© 12.2.0 consiste em um programa de análise de dados de pesquisa qualitativa, quantitativa e métodos mistos, que permite ao pesquisador melhor organização e sistematização dos dados e contribui para a otimização do processo de construção de categorias, codificação dos textos, análise e apresentação dos resultados (VERBI SOFTWARE, 2018).

Os dados obtidos por meio de entrevistas foram submetidos à Análise de Conteúdo na modalidade análise categorial temática com base no referencial de Bardin (2011). Esse tipo de abordagem da análise de conteúdo buscou validar ou ampliar os conceitos de um modelo teórico ou teoria existente. A análise de conteúdo se baseia em um “conjunto de técnicas de análise das comunicações (quantitativos ou não) que aposta no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade do objeto, visa obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores e conhecimentos relativos às condições de variáveis inferidas na mensagem” (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo consistiu em três polos: 1) pré-análise, 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos achados. Na Pré-Análise, ocorreu a Leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação das hipóteses e dos objetivos, referenciação dos índices e elaboração de indicadores e preparação do material.

Utilizando o MaxQDA, a exploração do material consistiu no período mais duradouro: a etapa da codificação em que foram feitos recortes nas unidades de contexto e de registro; e a fase da categorização, em que foi feita a análise e interpretação dos dados. Os requisitos

adotados para as categorias foram a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade. Nesta parte, as categorias devem possuir as seguintes qualidades:

- Exclusão mútua: cada elemento só pode existir em uma categoria;
- Homogeneidade: um único princípio de classificação deve governar a organização das categorias.
- Pertinência: uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise e quando pertence ao quadro teórico;
- Objetividade e fidelidade: as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises;
- Produtividade: um conjunto de categorias é produtivo quando fornece resultados férteis.

Na terceira parte, foram realizados o tratamento, inferência e interpretação dos resultados pelas pesquisadoras. E os resultados foram sintetizados com sucessivos refinamentos, seguindo com atenção os objetivos sobre o objeto pesquisado.

Para analisar o significado de violência da terceira pergunta do roteiro, foi utilizada a nuvem de palavras. Nuvens de palavras (NP) são imagens usualmente apresentadas como ilustração, o tamanho de cada palavra indica sua frequência, admitida como proxy da relevância de determinada temática (LEMOS, 2016) na totalidade de hipertextos. A nuvem de palavras neste estudo, foi utilizada como suporte a análise de conteúdo das respostas à pergunta: “Você pode me dizer o que é violência?”. A nuvem de palavras foi criada utilizando o software MAXQDA.

Os dados das observações, registros de encaminhamentos e anotações dos profissionais de saúde, além do diário de campo construído, foram utilizados com o objetivo de corroborar com a análise das entrevistas, o que possibilitou o aprofundamento da análise dos dados. Na observação, procurou-se compreender o cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde, comportamentos dos profissionais, relações de trabalho, comunicação entre membros da equipe, com a família e paciente, prestação da assistência em saúde e atuação frente a situações de violência.

Nos relatórios e registros das equipes são feitos em livros com folhas numeradas de 1 até 100 páginas. Cada equipe tem seus registros desde 2013 e pesquisou-se todos esses registros. Em média, cada equipe tinha 12 livros. Buscou-se nessas leituras, conhecer a história do Serviço de Atenção Domiciliar e situações que os profissionais de saúde

apontaram como violência. A análise documental tem como objetivo coletar dados sobre eventos, a fim de corroborar e aumentar a evidência das entrevistas e, se as informações documentais forem contraditórias às entrevistas, será necessário o aprofundamento do tópico da investigação (YIN, 2014).

3.5 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o Parecer 2.912.563, de 10/09/2018, tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e seus direitos como participantes, além disso, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Ressalta-se que os participantes foram orientados acerca da possibilidade de se retirar da pesquisa em qualquer etapa sem prejuízo ou penalidade e que não haveria interferência em sua situação de trabalho na secretaria. Foi garantido o anonimato e sigilo dos dados obtidos. O material será utilizado somente para fins científicos e arquivado por um período de cinco anos pela coordenadora da pesquisa e depois destruído.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados, a partir da realização da Análise Temática de Conteúdo, permitiu a compreensão do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da AD frente a situações de violência.

Os resultados foram agrupados entre si após a análise dos dados e resultaram em 5 categorias, sendo 4 apresentadas como propostas de manuscrito: Ambiência e participantes da pesquisa; Situações de violência vivenciadas por profissionais de saúde brasileiros atuantes em assistência domiciliar; O significado de violência para profissionais de saúde da Atenção Domiciliar; Práticas Cotidianas dos profissionais de saúde da Atenção Domiciliar em situações de violência; Sentimentos profissionais frente a situações de violência na Atenção Domiciliar.

4.1 O contexto de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Domiciliar

No período da coleta de dados, em contato com o SAD foi possível conhecer o trabalho das equipes e perceber os desafios diários dos profissionais de saúde, tanto positivos quanto negativos. No cotidiano de Certeau (2014) os sujeitos despertam o seu fazer pelas “situações circunstanciais do que é imposto, em normas e pré-determinado. É necessário conhecer como o cotidiano é construído diante das circunstâncias e as práticas de fazer”.

A imersão nos cenários do SAD totalizou 298 horas de observação e foram realizadas 270 visitas. A duração das visitas teve interferência pelo tipo de cuidado que paciente necessitava, como troca de curativo, ganho de peso, cuidados paliativos, antibioticoterapia e outros. Com a observação, foi possível perceber que a realidade local e as pessoas que fazem parte das equipes interferem no processo de trabalho, comunicação e resolução dos problemas. Ressalta-se que a maioria dos pacientes do EMAD Clínico são idosos e recebem cuidados do EMAD para troca de curativo e avaliação de feridas.

O SAD do município de Contagem é composto por 72 profissionais de saúde que atuam em 4 (quatro) Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) clínico, a saber, 1 EMAD Pediátrico, 1 EMAD Ortopédico, 1 Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP), 1 Serviço de Curativo Especial e 1 Atendimento domiciliar terapêutico (ADT). Somente o Serviço de Curativo Especial não fez parte da pesquisa porque os pacientes são encaminhados para o Centro de Saúde Especializado e não atendidos no domicílio. Neste

estudo, a assistência no domicílio é critério para observação do trabalho em situação de violência.

Cada equipe de AD tem o seu espaço de trabalho em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com exceção do ADT que fica em uma Clínica especializada. Nenhuma das equipes possui uma sala projetada para comportar todos os profissionais de saúde, são salas adaptadas e pequenas. As equipes que dividem a mesma sala ficam no Complexo Hospitalar e a sala não tem estrutura de trabalho para as 3 (três) equipes (EMAD Clínico e Pediátrico e o EMAP). A cena a seguir descreve uma situação:

A equipe do YYY ficava em uma sala onde não havia identificação na porta. Eu tive dificuldade para encontrar, pois os funcionários do local não sabiam quem era da equipe e após perguntar a três pessoas me informaram qual era a sala. A equipe me disse que era a terceira sala que ocupavam e esta era menor que as outras e dividida por 3 equipes do SAD (NO).

Cada EMAD Clínico, Pediátrico e Ortopédico é composto por dois enfermeiros, dois médicos, 1 assistente social e 6 técnicos de enfermagem. O EMAP é composto, também, por 1 fonoaudiólogo, 4 fisioterapeutas e 1 nutricionista. O ADT é composto por 1 enfermeiro, 1 médico, 1 assistente social e 1 técnico de enfermagem. O SAD funciona diariamente no horário de 7 às 19 horas e qualquer intercorrência com o paciente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é acionado para a prestação da assistência no domicílio. Desta forma, o SAD está interligado à Rede de Urgência e Emergência.

As equipes recebem a história do paciente via planilha do Excel pela enfermeira captadora do Hospital e dos médicos das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e é compartilhada por todas as equipes do SAD. Cada equipe possui uma coloração na planilha para a identificação dos pacientes encaminhados. As equipes realizam uma visita de captação para verificar se o paciente é elegível para o SAD. As normatizações contidas neste lugar são características que circunscrevem os sujeitos envolvidos neste trabalho, são compreendidas como regras, como um sistema de conduta a seguir (CERTEAU, 2014).

Os critérios de elegibilidades são divididos em clínicos e administrativos. Os critérios clínicos são de acordo com a situação do paciente, os procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas que necessita. Os critérios administrativos são os quesitos administrativos/ operacionais/legais necessários para que o cuidado na AD seja realizado. Desta forma, destaca-se a residência no território de cobertura da EMAD, consentimento formal do paciente ou de familiar/ cuidador por meio da assinatura do termo de consentimento informado e um responsável na função de cuidador para o usuário com dependência

funcional. E a residência adequada em termos de espaço e com água, energia elétrica, com comunicação e ter acessibilidade para a equipe (BRASIL, 2012).

As visitas são realizadas semanalmente e em alguns casos podem ser realizadas quinzenalmente quando os pacientes estão estáveis (Úlcera de pressão, pacientes antigos) e diariamente (EMAD Ortopédico). O enfermeiro de cada equipe faz a programação semanal das visitas e agenda quatro a cinco visitas por turno (manhã e tarde). Após os pacientes receberem a alta do SAD, o cuidador recebe o sumário de alta e o paciente é encaminhado para a continuidade dos cuidados pela Unidade Básica de Saúde.

O EMAD Clínico é dividido por território, sendo que três equipes estão localizadas em UPA e uma no Complexo Hospitalar. O trabalho do EMAD é acompanhar os pacientes em domicílio que estejam em cuidados paliativos, troca de curativo, antibioticoterapia e outras demandas. Somente os técnicos de enfermagem trabalham no final de semana devido a carga de trabalho que é plantão 12 x 36 horas. Os enfermeiros, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos trabalham 20 horas semanais. As equipes possuem uma dinâmica de trabalho na qual cada profissional na visita se limita a realizar a sua função. Algumas equipes realizam discussões dos casos quando estão no trajeto para o domicílio ou após a visita, no carro. Foi observado no EMAD Clínico que a equipe demonstra certo alívio quando o paciente vai a óbito, caracterizando diminuição do serviço, fala mais observada em médico e técnico de enfermagem.

O meu cotidiano aqui é acompanhar os pacientes que tem condição de alta hospitalar, mas que precisam receber ainda um acompanhamento mais intensivo, não necessariamente em um leito de hospital. E aí a gente tem uma clientela diversificada, vai desde avaliação de feridas, acompanhamento de feridas, adaptação de órteses em casa como sondas, a gastrostomia [...] (E1).

A duração da visita varia de 10 a 40 minutos. A antibioticoterapia é a atividade que consome mais tempo e a única que é combinada com o cuidador devido ao horário fixo. Foi percebido uma dinâmica de trabalho específica das equipes e o tempo de atuação no SAD é um fator que interfere na melhor relação entre os profissionais. Nas equipes que tinham profissionais contratados e com pouco tempo no SAD, pode-se observar a existência de conflitos. A escala de trabalho, às vezes, era alterada para não haver encontro dos profissionais em conflito.

Em relação a situações de violência o EMAD Clínico foi o que apresentou maiores evidências: entre os próprios profissionais, de profissional com o cuidador, de cuidador para profissional e de cuidador para paciente.

O EMAD Pediátrico recebe pacientes captados no Complexo Hospitalar e UPA. A enfermeira da captação hospitalar percebe resistência dos médicos para encaminhamento para o SAD. A resistência tem como base o receio da criança piorar e o responsável ser acusado de negligência por encaminhar a criança para cuidados no domicílio. Tanto na captação quanto nos cuidados em domicílio, os profissionais relataram excesso de preocupação dos pais em relação ao encaminhamento ao SAD e que o comportamento gera transtorno como mais uma cobrança para o profissional.

Os profissionais relatam que os pais resistem à alta da criança no SAD para que o serviço continue acompanhando o quadro clínico. A maioria dos encaminhamentos são para ganho de peso e a equipe atende toda a área de cobertura do SAD. A equipe tem como base o Complexo Hospitalar onde divide a sala com o EMAD Clínico e EMAP.

A equipe construiu um mapa da cidade com a localização de todos os bairros e desta forma, a programação das visitas é realizada por aproximação dos bairros. Eles utilizam alfinetes com o nome das crianças para marcar o bairro. O tempo de duração das visitas é em média 60 minutos e foi a equipe em que a distância entre os domicílios foi maior

A equipe relata que se sente muito sensibilizada com as situações precárias em que se encontram as crianças e que houve situações da equipe arrecadar dinheiro para compra de cesta básica e fraldas. Observou-se que os profissionais desta equipe não demonstram insatisfação por intercorrência durante o trabalho e houve relatos que após trabalharem no EMAD Pediátrico aprenderam a não reclamar da vida.

O EMAP realiza o acompanhamento de pacientes em toda a rede do SAD e que foram encaminhados pelo EMAD. O EMAP fica localizado no Complexo Hospitalar e divide a sala com o EMAD Clínico e Pediátrico, não há um espaço específico ou mesa, somente os armários para guarda de material dos profissionais. Os profissionais de saúde relatam dificuldades para acompanhar os pacientes porque muitos cuidadores não realizam os cuidados em casa. As orientações dos profissionais são para que os cuidadores façam as atividades de fonoaudiologia, fisioterapia e seguimento do plano nutricional, mas há dificuldades nestes cuidados. Eles relatam que os cuidadores não fazem as atividades repassadas na primeira visita. Alguns pacientes recebem visitas semanalmente e outros quinzenalmente dependendo do quadro do paciente.

A demanda que a gente tem, é que os enfermeiros e os médicos quando vão captar o paciente, passa para a gente, chega até nós. Geralmente é dependência das atividades vindo diária, paciente que não tem mobilidade nenhuma no leito e tem que ser movimentado por um cuidador, a gente, a nossa orientação é orientar o cuidador que dê continuidade a aqueles exercícios, aquelas propostas que a gente passou no dia dessa visita (E6).

Pelo EMAP ter somente 1 nutricionista e 1 fonoaudiólogo relatam dificuldade de acompanhar os pacientes encaminhados e a sobrecarga de trabalho para atenderem todo o SAD. A nutricionista trabalha somente no turno da manhã e a fonoaudióloga as terças e quintas-feiras o dia todo. Os fisioterapeutas são divididos por turnos de trabalho e não relataram sobrecarga de trabalho. A duração da visita é em média de 1 hora e meia devido a demanda de orientações pela especialidade do profissional.

No EMAD Ortopédico, o serviço é oferecido para que o paciente aguarde a cirurgia em casa. A equipe recebe pacientes encaminhados do hospital e da UPA e é responsável por atender todo o SAD. As visitas são realizadas pelas técnicas de enfermagem diariamente com duração média de 10 a 15 minutos, nas quais são aferidos os sinais vitais (Pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e saturação).

O serviço de atenção domiciliar ortopédico tem o objetivo de desupular e desospitalizar os pacientes portadores de fraturas de extremidades, fraturas com menor potencial pra complicações em domicílios que necessitam de tratamento cirúrgico, então, nosso trabalho é retirar esses pacientes de dentro da UPA YYY e hospital municipal de YYY, pra que esses pacientes possam ser acompanhados em domicílio até a data de cirurgia, nós fazemos o gerenciamento também dessas vagas, nós orientamos os pacientes quando sai a cirurgia, e os encaminhamos para avaliações, quando necessárias e quando são agendadas por especialistas até que esse paciente opere, fazemos esse acompanhamento até que o paciente opere, depois da cirurgia nós não acompanhamos mais (E25).

A Enfermeira do EMAD Ortopedico permanece na UPA para realizar a captação de pacientes elegíveis para o SAD e/ou resolver questões administrativas. O médico realiza o acompanhamento dos pacientes via ambulatório, não participa das visitas e realiza a prescrição de medicamento e risco cirúrgico do paciente na sala de apoio. A equipe relata que como os pacientes não são dependentes, exceto os pacientes com fratura de membros inferiores, eles não permanecem em casa.

O trabalho da equipe do ADT se diferencia das outras equipes por ser um trabalho voltado para a adesão do paciente com HIV ao tratamento de antirretroviral. Segundo a Enfermeira, o tempo de contato com o paciente é maior e a alta é recebida após adesão ao

tratamento. A visita é realizada semanalmente e não é marcada com a família. Enquanto a técnica de enfermagem verifica os sinais vitais (pressão arterial, temperatura e frequência cardíaca) a enfermeira pergunta sobre o bem-estar do paciente e intercorrências e realiza a contagem dos comprimidos do Antirretroviral. A Enfermeira utiliza um prato de cozinha e uma colher para contar e colocar os comprimidos no frasco. Após a checagem, o valor é anotado em uma planilha e comparado com o valor anterior. Desta maneira, o controle é realizado pela contagem dos comprimidos.

A enfermeira relata que o trabalho do ADT é um diferencial e o vínculo formado com o paciente é essencial para que a adesão ao tratamento seja eficaz. Quando o paciente percebe que pode acontecer a alta, a enfermeira relata que ele começa a não tomar a medicação direito para que a equipe continue o acompanhamento.

Os profissionais de saúde relatam sobre as dificuldades e desafios que vivenciam na prática cotidiana.

Tem os pontos que dificultam, né, assim dificulta se a gente não tem um cuidador que adere mesmo aos planos de cuidados, se está sempre tendo um problema com isso, e é sempre um cuidador diferente. Se a gente vai uma vez quando a gente volta já é outro. Se é mais de um, porque eles não passam o cuidado que a gente orientou pro outro então é importante a gente deixar isso registrado. No início é complicado e a gente tem que ter essa visão porque é muita informação de muitos profissionais, de uma vez. Eu acho até que é um desafio a gente adaptar a nova realidade daquele paciente a casa, ao retorno para casa (E11).

A mudança de lugar do paciente do Hospital ou UPA para o domicílio, transforma este espaço em um lugar praticado que, em algumas circunstâncias, o profissional de saúde se utiliza de táticas para adaptação ou mudanças de cuidador.

Em todas as equipes houve o relato de precaução e programação das visitas em determinados horários para área de alta vulnerabilidade e risco. Por ser região de tráfico de drogas, o agendamento acontece para a parte da manhã e/ou até as 16 horas, há uma ligação para o cuidador para saber como a área está no dia e se é necessário liberação para entrada na comunidade pelos traficantes ou “líderes da comunidade” e não é realizado visitas às sextas após as 16 horas e finais de semana.

O cotidiano na AD em frente a situações de violência acontece por meio de situações circunstanciais que estão atreladas a um contexto que estimulam táticas dos sujeitos e um “fazer” que opera o trabalho dos profissionais de saúde (CERTEAU, 2014).

Quando o risco é percebido pela equipe na captação do paciente, a coordenação orienta os profissionais que o paciente não seja admitido no SAD, tornando o risco para os profissionais de saúde como critério de exclusão.

4.2 Manuscrito 1: Situações de violência vivenciadas por profissionais de saúde brasileiros na assistência domiciliar

Resumo

Este estudo objetiva explorar e descrever as experiências de violência dos profissionais de saúde na prestação de serviços de atenção domiciliar. Configura-se como um estudo de caso único de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, questionário, observação e dados de prontuários e relatórios técnicos. Os resultados mostram violência entre profissionais, de cuidadores para profissionais e profissionais para cuidadores, de cuidadores para pacientes e violência no território. A violência interfere nas práticas cotidianas e os profissionais compreendem e adotam condutas diferentes quanto às decisões para solucionar a situação. As situações de violência constituem um desafio para os profissionais e podem comprometer os cuidados dos pacientes na atenção domiciliar.

Palavras-chaves: Assistência domiciliar, exposição a violência, pessoal de saúde.

Keywords: Home care, exposure to violence, health personnel.

Palabras clave: Atención domiciliaria, exposición a la violencia, personal de salud.

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), financiado por recursos públicos, é organizado por meio do estabelecimento de uma Rede de Assistência a Saúde. O sistema busca qualificar o atendimento em saúde, ampliando o acesso e valorizando os fluxos de comunicação Inter organizacional, partindo de um modelo hierarquizado para alcançar uma relação integrada entre os elementos de sua estrutura operacional ^[1].

Entre os pontos de atenção da Rede de Assistência a Saúde no Brasil está a Atenção Domiciliar (AD), definida como um conjunto de atividades oferecidas no domicílio para pessoas clinicamente estáveis que requerem cuidado contínuo e deve garantir a integralidade acima do atendimento ambulatorial. Nessa modalidade, os pacientes são mantidos em casa e recebem atendimento de equipe exclusiva para esse fim ^[2].

Os seguintes critérios são considerados na elegibilidade de um indivíduo para receber serviços de assistência domiciliar: necessidades clínicas; status socioeconômico; condições

ambientais; e critérios administrativos específicos. Clinicamente, os motivos mais comuns para receber atendimento domiciliar incluem: cuidados com cateteres e estomas, reabilitação, incluindo serviços de fisioterapia ou fonoaudiologia, cuidados paliativos e cuidados gerais de enfermagem ^[3,4].

A avaliação da acuidade do paciente e outras necessidades é realizada para determinar os tipos e a frequência dos cuidados. A AD tem como ponto positivo a integração entre elementos da gestão e assistenciais da organização, com potencial para a efetividade dos serviços, redução da fragmentação e resolubilidade das necessidades de saúde ^[4].

À medida que o serviço evoluiu, os desafios para a prestação deste modelo de cuidados de saúde foram identificados. Um desafio relacionado ao cuidar na comunidade fora dos muros do hospital, nos lares das pessoas, pode refletir na capacidade de uma equipe de avaliar e perceber situações de violência que podem comprometer o bem-estar de pacientes e cuidadores.

Isto porque na AD, os profissionais podem se deparar com situações de violência em seu caráter particular, ou seja, na residência do paciente, geralmente grave, cujo familiar ou cuidador assume o cuidado planejado pelas equipes^[5]. Situações de violência contra diferentes pacientes, de diferentes faixas etárias e ambientes podem não ser percebidas pelos profissionais e, se não acompanhadas, podem resultar em danos às vítimas. Assim, as práticas profissionais em situações de violência na AD constituem um problema de alta complexidade, por se tratar de um local em que o profissional de saúde não estará em tempo integral ^[6,7].

Este estudo tem como objetivo explorar e descrever as experiências de violência dos profissionais de saúde na prestação de serviços de atenção domiciliar.

Revisão de Literatura

O cotidiano do cuidado domiciliar em situações de violência

Os profissionais na AD enfrentam, frequentemente, negligência, agressão verbal e física e outros tipos de violência contra os pacientes idosos ou crianças que podem exigir medidas de outras instâncias, como o Ministério Público, Conselho Tutelar. Além disso, existe o problema da violência contra a mulher, cujos encaminhamentos nem sempre são aceitos pela vítima. Há situações em que a equipe vivencia agressões de familiares, nos

serviços de saúde, antes do paciente ser admitido no serviço de AD, o que implica na recusa em incluir o paciente para proteger a equipe que executaria a atenção domiciliar [5,8,9].

Estudo aponta que profissionais de saúde expostos à violência quase diariamente aumentam sua carga mental de trabalho, estresse e fadiga, que podem interferir na sua capacidade de tomar decisões. Como resultado, suas decisões não refletidas podem comprometer a capacidade de oferecer uma prática profissional eficiente [10].

As vivências dos profissionais no cotidiano da AD tornam-se rotineiras, envolvendo formas de olhar para situações adversas muitas vezes marcadas por histórias de vida familiar [11]. Michel de Certeau nos apresenta que a vida cotidiana, é mais que apenas um cenário de trabalho rotineiro, porque envolve modos de viver e de se relacionar. É um espaço em que as relações se manifestam e estão inseridas em práticas que se materializam em modos de agir que ressignificam o local e estimulam os movimentos de cada indivíduo [12].

O cotidiano de trabalho, muitas vezes, é marcado por situações de violência, o que se torna um desafio para os profissionais e para o sistema de saúde, uma vez que a violência é um problema de ordem social e de saúde pública. Assim, a análise das situações de violência no cotidiano dos profissionais torna-se essencial e requer cuidadosa observação na identificação, assistência e encaminhamento dos pacientes aos serviços competentes [5].

Assim, a compreensão do trabalho dos profissionais, como percebem os cuidados domiciliares e suas experiências de exposição a situações de violência podem contribuir para melhoria do serviço. Os achados relacionados aos tipos de violência vivenciados, as situações de violência entre profissionais e aquelas a que estão expostos serão sintetizados e discutidos.

Métodos

Este estudo configura-se como um estudo de caso único de abordagem qualitativa. A escolha do estudo de caso justifica-se por permitir a investigação de um fenômeno social complexo, trabalhar subjetividades na busca pelo conhecimento científico, construções e replicações teóricas da realidade. Portanto, os estudos de caso não buscam a generalização de resultados, mas a compreensão e interpretação de fatos e fenômenos específicos [14].

O desenho de estudo de caso é justificado, ainda, pela descrição e exploração de fenômenos sociais complexos e a geração de conhecimento disciplinar aplicado [14]. Normalmente, estudos de caso exploratórios respondem as perguntas “como” e “porquê”.

Neste estudo, busca-se responder a questão de pesquisa: Como é o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da atenção domiciliar em situações de violência?

Neste estudo, o caso foi o cotidiano de trabalho e as experiências de violência vivenciadas por profissionais de saúde na AD. Este estudo foi delimitado por: 1) geografia, prestação de serviços domiciliares em Contagem, Brasil, focalizando as experiências com violência e 2) ação profissional, examinando experiências dos profissionais e excluindo os não profissionais ou leigos.

Configuração e Contexto

O estudo foi realizado na cidade de Contagem, Brasil, localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. É a terceira cidade mais populosa do Estado, com população de 659 070 pessoas ^[16].

Segundo o Atlas da Violência ^[17], a violência atingiu um novo recorde no Brasil, com uma taxa de aproximada 31,6 mortes para cada cem mil habitantes. Em 28,5% dos homicídios de mulheres, as mortes foram dentro de casa, que o documento relaciona a possíveis casos de feminicídio e violência doméstica ^[17]. Com relação a violência doméstica, 4.539 mulheres foram assassinadas no Brasil e a polícia registrou 1.133 casos como feminicídio, definido pela lei brasileira como o assassinato de uma mulher "por razões do sexo feminino". No estado de Minas Gerais, Contagem é classificada como a 6^a cidade mais violenta ^[17].

Em Contagem, o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e é referência de modelo na atenção no estado de Minas Gerais. O SAD é organizado por 7 equipes: 6 Equipes Multiprofissionais de Assistência Domiciliar (EMAD), sendo 4 clínicas, 1 pediátrica, 1 ortopédica e 1 equipe multiprofissional de apoio (EMAP). O EMAD é formado por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e técnicos de enfermagem e o EMAP é formado por fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas ocupacionais.

Amostra

Participaram do estudo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas. O critério de inclusão no estudo foi: Profissionais de saúde vinculados ao SAD por mais de 04 (quatro) meses; e critérios de exclusão: Profissionais de saúde recém-contratados, de férias ou licenciados no momento da coleta de dados.

De 72 trabalhadores da AD, 42 participaram da pesquisa, 15 estavam afastadas do trabalho por motivo de férias ou doença, 14 afirmaram não estarem sujeitas a situações de violência e 1 pessoa não quis participar. Buscou-se entrevistar todos os profissionais da AD por acreditar que o cotidiano de trabalho e o olhar sobre o fenômeno são únicos para cada pessoa.

Coleta de dados

Neste estudo, quatro tipos de dados foram coletados: 1) questionário como complemento na coleta de dados demográficos dos profissionais de saúde e suas percepções sobre os cuidadores em relação aos cuidados, evidências de abuso e violência financeira contra os pacientes atendidos em AD.; 2) entrevistas com roteiro semiestruturado para apreender aspectos do trabalho, os guias e protocolos que utilizavam, situações de violência presenciadas e a abordagem profissional; 3) observações de encontros clínicos para conhecer o cotidiano dos profissionais em visitas domiciliares e discussão de abordagens clínicas ou sociais do paciente; e 4) documentos (relatórios e registros de visitas) para identificar situações de violência e abordagens adotadas.

Os profissionais foram contatados previamente e convidados a participar do estudo e, mediante o aceite, foram agendadas as entrevistas no local de trabalho, no horário de almoço ou final de plantão. As entrevistas foram audiogravadas, após autorização e realizadas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma para o participante e outra que ficará sob a guarda do pesquisador.

A entrevista foi conduzida por um roteiro semiestruturado e após seguiu-se a aplicação do questionário. Optou-se por essa sequência para que as perguntas do questionário não influenciassem nas respostas da entrevista.

O roteiro semiestruturado foi construído para aprofundar a discussão sobre as situações de violência vivenciadas pelos profissionais de saúde e com base nas ideias de Michel de Certeau sobre o cotidiano. Foram feitas as seguintes perguntas: Fale-me sobre o seu dia a dia de trabalho na AD; Com a sua experiência na AD, fale-me sobre os momentos que você como profissional de saúde teve que lidar com situações de violência no trabalho e com os pacientes. Que tipo de violência ocorreu?

Foram realizadas 39 entrevistas seguidas da aplicação do questionário, sendo que 03 (três) participantes não aceitaram conceder a entrevista, mas preencheram o questionário, totalizando 42 participantes. A duração média das entrevistas foi de 40 minutos.

Para complementar o estudo, foram incluídos no questionário dados sobre sexo, idade, local de trabalho, tempo de profissão (anos), estado civil e escolaridade, e as seguintes questões: Durante sua graduação, você teve preparo para atuar em situações de violência no contexto da saúde? e as perguntas seguintes apresentavam várias opções e o participante poderia marcar uma ou mais respostas sobre os cuidadores mais encontrados no ambiente domiciliar; os cuidadores estão mais atentos às quais necessidades do paciente; história ou evidência de episódios abusivos; evidências de abuso financeiro.

Foi realizada, pela pesquisadora, observação no local de trabalho do hospital ou na Emergência e nas visitas domiciliares realizadas. No período de coleta de dados, foi possível conhecer o trabalho das equipes e perceber os desafios cotidianos dos profissionais. A observação nos cenários da AD totalizou 298 horas de observação e 270 visitas foram realizadas.

Foram coletados, também, dados dos registros das visitas e relatórios. Estes dados foram importantes para conhecer a história do Serviço de AD e situações que os profissionais de saúde apontaram como violência.

Análise de dados

Os dados do questionário foram organizados em planilha eletrônica e analisados no ambiente de programação estatística R (Versão 3.1.0). Para as variáveis quantitativas, foram realizadas as inferências estatísticas, com respectiva diferença das médias e desvios-padrão.

Os dados das entrevistas foram submetidos à Análise de Conteúdo temática com base no referencial de Bardin ^[20]. Utilizou-se o software MAXQDA ©, versão 12.2.0 para organização dos dados. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação que aposta no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade do objeto, por meio de procedimentos sistemáticos ^[20].

A análise de conteúdo consiste em três polos: 1) pré - análise, 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos achados. Na Pré-análise, ocorre a leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação das hipóteses e

objetivos. A exploração do material consiste no período mais duradouro: o estágio de codificação, em que os cortes são feitos em unidades de registro; e a fase de categorização, na qual se realiza a análise e interpretação dos dados ^[20].

Com base na análise e interpretação de cada cluster de codificação, estabeleceu-se 5 categorias empíricas por tipos de violência percebidas: - Entre profissionais de saúde; de profissionais para cuidadores; cuidadores para profissionais de saúde; cuidadores para pacientes; Território de trabalho para profissionais de saúde.

As observações foram incluídas na análise dos dados, pois houve situações que a enriqueceram. Quando apresentados na discussão, os registros das observações são identificados pela sigla Nota (NO).

Resultados

O estudo buscou descrever quem são os sujeitos que ocupam o lugar e fazem da AD os seus espaços de atuação, onde as maneiras de fazer acontecem de fato. Nas palavras de Certeau (2014, p. 57), *os sujeitos são homens ordinários que “pouco a pouco ocupam o centro de nossas cenas científicas”*. A Tabela 1 apresenta a análise descritiva das variáveis relacionadas às características sociodemográficas e à qualificação dos profissionais de saúde para as situações de violência na atenção domiciliar.

TABELA 1 Caracterização da amostra estudada no Serviço de Atenção Domiciliar – Belo Horizonte, Brasil, 2020

Variável (n: 42)	Média (SD) por número (%)
Idade (anos)	42,3
Sexo	
Mulheres	32 (76,2%)
Homens	10 (23,8%)
Nível de educação	
Curso técnico completo	14 (33,3%)
Pós-Graduação completa	28 (66,7%)
Profissional	
Enfermeiro	13 (30,9%)
Técnico de enfermagem	16 (38,1%)
Médico	5 (11,9%)
Fisioterapeuta	3 (7,1%)
Assistente Social	3 (7,1%)
Nutricionista	1 (2,4%)
Terapeuta Ocupacional	1 (2,4%)

Estado Civil	
Com parceiro	28 (66,7%)
Sem parceiro	14 (33,3%)
Tempo de experiência no trabalho	
Até 10 anos	10 (23,8%)
> 10 anos	32 (76,2%)
Preparação recebida para lidar com situações de violência	
Sim	5 (11,9%)
Não	37 (88,1%)

Fonte: resultados da pesquisa

A idade média dos 42 profissionais de saúde da AD é de 42,3 anos, a maioria é do sexo feminino (76,2%), com companheiro (66,7%) e nível de escolaridade com pós-graduação completa (66,7%). Entre os profissionais, 76,2% possuem mais de 10 anos de trabalho e 38,1% são técnicos em enfermagem. Dos 42 participantes, 37 (88,1%) relataram não estar preparados para lidar com situações de violência.

A Tabela 2 apresenta a percepção dos profissionais de saúde em relação aos cuidadores relacionados aos cuidados gerais, evidências de abuso e violência financeira.

TABELA 2 - Descrição dos cuidadores, preocupação com o cuidado, evidência de abuso e violência financeira percebida pelos profissionais de saúde da Atenção Domiciliar - Belo Horizonte, Brasil - 2019

Variável (n: 42)	Frequência (%)
Percepção dos cuidadores	
Esposa	34 (80,9%)
Marido	10 (23,8%)
Filho filha	30 (71,4%)
Mãe	26 (61,9%)
Irmão/ irmã	8 (19%)
Cuidadores pagos	5 (11,9%)
Outras	2 (4,8%)
Preocupação dos cuidadores	
Movimento	13 (30,5%)
Higiene	29 (69%)
Alimentação e hidratação	36 (85,7%)
Suporte emocional	7 (16,7%)
Uso de recursos disponíveis	15 (35,7%)
Não muito atencioso	5 (11,9%)
Não observado	1 (2,4%)
Percepção de evidência abusiva	

Lesões de pele	15 (35,7%)
Contusões	2 (4,8%)
Fraturas	0
Ameaças físicas e psicológicas	17 (40,5%)
Coerção	12 (28,6%)
Não observado	15 (35,7%)
<hr/>	
Percepção de abuso financeiro	
Recursos utilizados sem consentimento	21 (50%)
Usado para outros fins	28 (66,7%)
Necessidades não atendidas	21 (50%)
Não observado	8 (19%)

Fonte: Resultados da pesquisa

Nota: Os profissionais de saúde poderiam selecionar mais de uma opção.

Os profissionais de saúde relataram que a maioria dos cuidadores é constituída por esposas (80,9%) e apenas 11,9% são cuidadores remunerados. Em relação aos cuidados prestados pelos cuidadores, os profissionais perceberam maior preocupação com a hidratação e alimentação (85,7%) e 11,9% relataram que os cuidadores não estão atentos a esses cuidados.

Em relação à evidência de abuso percebida, 35,7% dos profissionais de saúde referiram não ter observado casos, 40,5% dos profissionais referiram a ameaça física e /ou psicológica e 35,7% relataram lesões na pele. Para a percepção de abuso financeiro, os profissionais de saúde relataram como maior (66,7%) a utilização para outros fins, seguido por 50% para recursos utilizados sem consentimento e necessidades não atendidas do paciente.

As situações de violência no domicílio observadas pelos profissionais de saúde podem interferir nas práticas cotidianas. Cada profissional de saúde teve compreensão e conduta diferente quanto a decisão a ser tomada para mitigar a situação. Assim, é importante conhecer a percepção dos profissionais sobre situações de violência e medidas adotadas para que sejam prestados cuidados apropriados pelos cuidadores, buscando práticas efetivas e direcionamento dos casos.

Os profissionais de saúde relataram, nas entrevistas, diversas situações de violência que foram agrupadas de acordo com o tipo de violência. Foi realizado 05 (cinco) grupos de situações de violência, descrito a seguir: Entre os profissionais, de profissionais para cuidadores, De Cuidadores/ pacientes para profissionais, de cuidadores para pacientes e Território de trabalho para profissionais de saúde.

Entre os profissionais

Neste agrupamento, os profissionais relataram situações de violência entre os membros da equipe e entre os profissionais de saúde e motorista. Os relatos evidenciaram agressão verbal, psicológica e intolerância. Há relatos de atritos e agressões verbais entre profissionais de saúde e o motorista, que, em algumas equipes, é visto como participante essencial na equipe.

Recentemente a gente teve que chamar o motorista e as duas técnicas de enfermagem porque eles estavam se agredindo verbalmente. E o motorista optou por sair do serviço, eles trabalham em cooperativa e ele saiu da cooperativa porque não tolerava trabalhar com uma técnica de enfermagem (E25).

Esses atritos podem prejudicar o cuidado ao paciente e gerar um clima de insatisfação no trabalho da equipe, prejudicando a visita domiciliar.

O trabalho fica ruim, fica mais desgastante, muito mais pesado, [...] fica tudo mais difícil para todos, o planejamento das visitas fica mais difícil e a satisfação dos trabalhadores fica prejudicada. Isso compromete a saúde do trabalhador (E1).

O trabalho em equipe é importante para a decisão e prestação de cuidados ao paciente e um ambiente de conflitos acarreta perdas para os dois lados, tanto para o paciente quanto para os profissionais de saúde.

De profissionais para cuidadores

Entre as situações de violência, a agressão de profissionais para cuidadores foi evidenciada por meio da observação. Como aponta Minayo, a violência pode se tornar comum no meio ao qual se vive ou trabalha, o profissional de saúde pode não conseguir perceber ou sentir a violência que exerce sobre o cuidador ou paciente.

Nas observações, verificou-se que a conduta dos profissionais de saúde pode desencadear atrito com os cuidadores pela maneira como as orientações são repassadas. Em uma situação, quando uma profissional de saúde foi orientar a família, ela disse: “Essa lesão indica que o paciente não está sendo virado. Se não virar, a ferida pode abrir ainda mais. E ainda tem essa área de sofrimento que pode ficar igual a outra ferida” (NO).

O paciente é cuidado pela irmã e prima que estavam em casa. A assistente social orientou quanto aos riscos de o paciente ficar na mesma posição e que a mudança de posição

ajudaria a não abrir mais as feridas. A família recebeu as orientações sem questionar, mas disse que o paciente era pesado e que era difícil fazer as mudanças, mas que faria a mudança de posição. Após chegar das visitas, a equipe recebeu uma ligação da filha de uma das cuidadoras reclamando que a equipe foi agressiva e maltratou a sua mãe, além de deixar a casa suja com gazes espalhadas no chão. A enfermeira discutiu por telefone com a filha. A assistente social ligou para a cuidadora e ela disse que ficou insatisfeita com a forma como lhe foram dadas as orientações.

A maneira como o profissional de saúde orienta e conversa com os cuidadores e paciente pode desencadear uma situação de violência. O tom de voz ou o uso de palavras que, para o cuidador e paciente, podem ser agressivos configuram uma situação de violência.

Um profissional de saúde relatou que a maneira e tom da voz de outro profissional de saúde gerou uma situação de violência, pois o cuidador relatou que não havia gostado da forma como foi dada a orientação.

De Cuidadores/pacientes para profissionais de saúde

Entre as situações de violência percebidas pelos profissionais de saúde, houve mais relatos quanto a situações provenientes de cuidadores/pacientes para profissionais de saúde.

As situações de violência relatadas foram sobre ameaças físicas e verbais. Segundo os profissionais, determinadas agressões verbais e ameaças de agressões físicas ocorreram devido ao não entendimento do trabalho da equipe, e os cuidadores cobravam mais atendimento profissional e tempo de cuidado com o paciente.

[...] nós já tivemos casos de pacientes que foram hostis com a equipe em visita domiciliar, desencadeado por demora na vaga de cirurgia [...] se a cirurgia demora, muitos começam a perder a paciência e achar que a culpa é da equipe, não entendem que é do sistema, há certa hostilidade com a equipe, cobram, tratam mal, acham que nós temos que resolver uma questão que não está no nosso poder de decisão (E19).

[...] se alguma coisa dá errado, eles querem nos culpar, dependendo de como foi o atendimento e a pessoa está naquele momento. Ela entende que foi mal atendida e agride, que é também um tipo de violência (E22).

Tem família nervosa [...] desconta tudo em cima da gente (E38).

Os profissionais de saúde relatam que essas situações ocorrem devido ao acúmulo de problemas pessoais que cuidadores e pacientes têm para os cuidados em casa. A agressão pode ocorrer pela sobrecarga de cuidados.

Quando a família é mais difícil assim comigo, as vezes eles gostam de falar tipo assim “Que eu estudo enfermagem”, tipo pra tentar te intimidar um pouco “Porque eu faço direito”(E11).

[...] a gente já teve também ameaça no domicílio indireta, já tive notícia assim de ameaça direta (E12).

Então, você tinha que ir quietinha, [...] uma bobeirinha, um barulhinho, esse rapaz te dava uma trava, ele me deu, ele dava uma chave na gente e cadê que ele soltava (E23).

Já tivemos caso de colegas nossos que foram agredidos dentro da casa de pacientes, outros foram ameaçados (E26).

[...] quando a gente recebe um paciente que é encaminhado pela justiça muito agressivo, ele maltrata a equipe. É como se você fosse responsável por todos os problemas dele. Eles, às vezes, descarregam a raiva na equipe (E34).

Eu fui confundida com uma enfermeira que desagradou no plantão anterior, a filha não gostou e aí no dia seguinte ela me confundiu e veio já querendo brigar literalmente. Eu fiquei com bastante medo, aí peguei meu carimbo e mostrei pra ela (E35).

Há relatos de agressões, intimidação e ameaças verbais de pacientes aos profissionais de saúde na AD. Algumas situações acontecem em forma de coação, de acusação e até ameaças de morte, devido ao não atendimento satisfatório, em sua visão.

Psicologicamente tem a questão de o usuário acusar a gente de coisas que a gente não fez, de coisas que a gente não falou, [...] de forma a prejudicar a gente psicologicamente. Ou às vezes ameaças verbais mesmo, que eu vou fazer isso, vou fazer aquilo, acontece com frequência. (E15).

[...] às vezes a pessoa está descompensada no momento e ameaça com objetos ou alguma coisa. Em outras, há algum tipo de intimidação porque a pessoa quer obter alguma vantagem na situação dela (E17).

Eu pedi para a paciente vir ao hospital e ela veio. Estava com a mão edemaciada e eu acionei um profissional para avaliá-la, e quando ele tirou a imobilização a mão dela estava doendo. Ela achou que era culpa dele e disse a ele que voltaria e iria matá-lo. Eu custei a contornar a situação, falar para ela que ele não tinha culpa. Ele ficou nervoso e não sabia como reagir na situação. Percebi que não foi intencional, mas foi difícil contornar porque eu sabia que não era uma ameaça vã, não era da boca para fora, era uma pessoa que faria [...] (E24).

A gente via através de portão que tinha alguém lá dentro da casa e eles simplesmente fingia que não tinha ninguém e não abria. As vezes batia o portão na cara da gente, [...] a gente insistia uma, duas três vezes na semana, por fim a gente tinha que dar a alta administrativa pro paciente né, a gente sabia que não era bem-vindo (E33).

Nestes casos, percebe-se desmotivação, receio, angústia, coerção dos profissionais de saúde em atuar na atenção domiciliar, devido ao medo das ameaças.

De Cuidadores para pacientes

Entre as situações de violência relatadas pelos profissionais de saúde de cuidadores para pacientes estão a coerção, maus-tratos, negligência, ameaça física, psicológica, verbal e financeira.

[...] uma paciente nossa sofreu violência, [...] ela disse para nós que queria ir para o asilo, porque a filha a estava agredindo. [...] ela não conseguia falar, mas tinha umas cartilhas do alfabeto e ela foi mostrando para gente as letras e a gente conseguiu identificar um abuso da filha. Chamamos a assistente social e ela conversou com a paciente e a paciente falou que queria ir para um asilo (E3).

Ela queria tomar remédio e a filha não dava remédio para dor. Ela tinha que mudar de posição e ela Dormia na mesma posição a noite toda (E4).

Uma vez chegamos na casa de uma paciente que estava tendo muita hipoglicemia [...] A gente conversou com a paciente por causa das hipoglicemias e no meio da conversa a cuidadora disse “Nós estamos com alguns problemas, ela ficou nervosa esse dia e a glicemia dela caiu”. Quando a cuidadora saiu a paciente falou que não era o que ela estava contando, a geladeira não tinha nada, estava passando fome [...] (E5).

As vezes, a gente tem um paciente que ele tem miase, a gente vê que ta assim com falta de higiene mesmo, de trocar, de limpar. Mas também é um outro ponteiro social bem difícil, sabe (E20).

A gente teve um caso da violência, vários neh, é a mãe da XXX, que bateram na mãe da XXX (E21).

Nós tivemos paciente que os cuidados não eram adequados, o paciente tava sofrendo maus tratos de toda ordem em casa, desde acesso a alimentação até cuidados de higiene, cuidados com curativo (E36).

Os profissionais de saúde percebem que a mudança de rotina da família com o paciente grave interfere na organização dos cuidados ao paciente e pode gerar maus tratos. A sobrecarga de trabalho, o não entendimento da importância do cuidado e os atritos familiares, foram situações de violência relatadas de cuidadores para com os pacientes.

Negligência sim, mas muito voltado para essa questão de sobrecarga do cuidador. Às vezes ele precisa fazer mais e muitas vezes não da conta (E7).

Descaso assim de passar pra essa família o que é pra fazer e eles não dão sequência naquilo (E8).

Eu percebo que é muito a mudança de rotina de vida, porque muitas vezes o familiar se torna paciente [...] A família não entende bem as consequências da doença, da patologia, e culpam, e querem culpar sempre um terceiro ou a instituição de não ter feito o trabalho adequado e o paciente ter ficado sequelado, ou culpam outros parentes, familiares. A mudança de rotina da família gera stress, eles ficam, na maioria das vezes, perturbados com a situação de ter que doar para o outro um tempo que não tinham, porque a partir da hora que assumem um cuidado você está doando o seu tempo (E9).

Já aconteceu uma vez de uma criança maior que a gente tava tratando, aí os pais se separaram no meio do tratamento, e a mãe foi embora com a criança e abandonou o tratamento (E16).

Nas observações, verificou-se que os profissionais de saúde buscavam relatar casos de violência física e somente quando questionados sobre outras formas de violência que se lembravam destas situações.

Território de trabalho para profissionais de saúde

As situações de violência relatadas pelos profissionais de saúde no território acontecem no trajeto para a casa do paciente por moradores das comunidades e pelo risco de trabalhar em áreas de alta periculosidade. Entre as situações de violência percebidas estão a ameaça psicológica e verbal, tiroteio na rua, homicídio, coerção por arma de fogo, além de relataram o medo de trabalhar em favelas.

Violência na rua. A gente chegando na casa de paciente e tiroteio na rua. A gente entrou no carro e voltou automaticamente, todos desorientados. A gente tem vivido a questão da violência na rua. De tiroteio, de assalto, isso a gente tem vivenciado (E2).

[...] chegando na casa de um paciente, a gente estava estacionando e fomos rendidos a mão armada, levaram o carro. As meninas tiveram que sair correndo, os bandidos as colocaram no paredão, roubaram celular, iphone, foi uma situação complicada que vivi (E10).

[...] a gente foi entrar na favela e eles inibiram a gente mostrando que ali eles mandavam, mostrando arma, só que a gente prosseguiu e foi para a casa do paciente e pediu a mãe da menina para avisar que a gente era da saúde, que a gente ia lá todos os dias fazer o antibiótico e não teria nenhum problema pra eles. No outro dia foi mais tranquilo, eles não cercaram a gente, deixaram a gente passar (E18).

Eu falei com os meninos arranca daqui que nesse paciente eu não venho hoje, o emocional não te ajuda, você precisa de entrar dentro da casa do sujeito para ajudar o outro neh (E28)

Os meninos já presenciaram mil vezes tiroteio em comunidade neh que são as favelas, gente morta, tipo assim, teve um tiroteio, um corpo estirado no chão (E31).

Nós já vimos em um outro caso, um rapaz foi baleado na nossa frente, a gente na Kombi assim, o cara só desceu e baleou, matou na nossa frente (E32).

O sentimento de medo foi relatado diante das situações de violência que aconteciam na rua. Os profissionais de saúde relataram que, como forma de evitar situações de violência

contra eles, sempre se identificavam, usavam jaleco branco, carro identificado e horário programado de visitas.

A gente chegando na porta do paciente, presenciando um assalto, o cara rendeu a moça com o carro e ele apontou a arma pra gente também, que medo, mandou nos ficar na nossa, quietinho (E6).

Já aconteceu várias situações, a gente ter que pedir para entrar no lugar, você tem que se identificar, falar que é Fulano de tal que mora em tal tal lugar e aí eles vão pensar, ah táh pode ir (E14).

Já tivemos situações inusitadas [...] em uma favela o paciente não autorizava a entrada da equipe em sua casa. Ele marcava um ponto de encontro em uma rua principal da favela e no horário combinado, ele nos aguardava lá, para fazermos o atendimento. Durante muitos dias, foi assim, a cirurgia dele demorou a ser marcada. Muitas vezes a gente atendia e ele estava drogado, era a situação dele, já era sabidamente um contexto de uso de drogas, de tráfico de drogas (E27).

Quando tava começando o programa, a gente não se atentava muitas vezes, eu na pressa de fazer as coisas, esquecia meu jaleco, e eles falavam porque aqui não entra não viu, você se identifica e coloca o seu jaleco, porque da próxima vez, vocês não entram não (E29).

Tem lugar que dá muito medo mesmo. Nós já deixamos paciente com curativo aberto pra ter que sair correndo. O motorista falou que a polícia tinha avisado que era pra recuar, sabe. Toque de recolher que ia começar tiroteio (E39).

As situações de violência na rua foram as mais relatadas pelos profissionais de saúde e o sentimento de medo e insegurança foi percebido nas falas. Os profissionais trabalham em ambientes insalubres, mas não recebem adicional de periculosidade, o que leva ao desejo de mudança de cargo e local de trabalho.

DISCUSSÃO

Este estudo teve a participação de 73,6% dos profissionais de saúde da AD do município e a maioria era mulheres (76,2%). Houve 15 pessoas que não participaram por motivo de férias, afastamento do trabalho e um não quis participar, relatando não haver vivenciado situações de violência.

A organização do trabalho delimita o cuidado e o comportamento do trabalhador na área da saúde. O trabalho em saúde, ainda que uma necessidade ao desenvolvimento humano visto sua característica inerente ao cuidado do próximo, tem potencial danoso à saúde dos trabalhadores, uma vez que a exposição destes aos mais diversos riscos oriundos do trabalho é um problema de domínio não apenas da comunidade científica [23,24].

As experiências profissionais em situações de violência podem contribuir para que os trabalhadores sintam medo de continuar a trabalhar, o que influencia o contexto de trabalho e assistência ao paciente. Os profissionais de saúde que relataram abusos verbais, psicológicos e que foram submetidos a situações de agressões relatam o desejo de mudar o local de trabalho [25].

Nota-se que as situações de violência permeiam o cotidiano de vida dos profissionais, tornando-se um evento que merece aprofundamento por parte de quem sofre, convive e lida com o problema [26]. Cada trabalhador vivencia a violência à sua maneira, considerando fatores como história de vida, habilidades de manejar situações difíceis e resiliência. As consequências para os trabalhadores podem ter intensidades diferentes, portanto não é uma regra [25].

Foi possível perceber que os conflitos gerados tornam o ambiente de trabalho desfavorável para o planejamento do cuidado e isso reflete na qualidade do cuidado ao paciente. As intervenções educativas são necessárias para testar formas eficazes de reduzir os conflitos entre os profissionais no local de trabalho. O apoio do gestor do local de trabalho e da equipe juntamente com educação no local de trabalho são alternativas úteis na redução dos conflitos. O aumento da carga de trabalho, do stress e a prática de violência no local de trabalho foram fatores identificados que mais desencadeiam a violência para os profissionais [27].

Outra questão percebida foram as situações de violência de profissionais de saúde para com cuidadores. Na assistência ao paciente e/ou orientação aos cuidadores podem ocorrer diferentes formas de violência pela relação estabelecida de imposição de uma autoridade. No momento em que o profissional de saúde extrapola os limites de poder e autoridade a ele atribuídos bem como impede ou limita a autonomia do usuário, oprimindo-o, institui-se a violência [28]. Neste caso, a violência pode ser silenciosa e o paciente não perceber, por considerar o ato como parte do cotidiano da assistência.

As situações de violência no local de trabalho dos profissionais de saúde têm sido tratadas como risco ocupacional. Estas situações podem ocorrer pelo fato de os profissionais de saúde estarem expostos a pacientes e cuidadores com problemas emocionais decorrentes dos problemas de saúde e dor, problemas familiares, álcool, drogas e outros, que podem influenciar o comportamento das pessoas e torná-las violentas, verbal e fisicamente. Os profissionais da saúde estão sujeitos a estas situações, porque estabelecem contato com

peças em situações de angústia, que podem influenciar, também, as relações no ambiente de trabalho [25,29].

A violência que acontece entre cuidador e paciente merece atenção do profissional de saúde, que necessita estar atento às crenças, comportamentos e formas de comunicação. O vínculo é importante para entender como as famílias se relacionam e observar sinais de violência, que terão impacto na forma como a assistência será prestada, o encaminhamento e a resolutividade da situação.

A capacitação para o manejo de situações de violência permite a condução do caso e direcionamento do paciente na rede. Um estudo na Arabia Saudita, aponta que a violência no local de trabalho atingiu uma taxa alarmante entre enfermeiros e que é importante investir na prevenção das situações de violência por meio de treinamento constante dos trabalhadores e de uma política mútua com a polícia e o Ministério Público [30].

Outra questão citada foi o tráfico de drogas como situação de risco para o atendimento dos profissionais de saúde nas visitas domiciliares. Há regras na comunidade, estabelecidas por delinquentes, que a equipe precisa conhecer e se adequar para planejar as visitas domiciliares e prestar a assistência ao paciente, como horário de acesso e vias obstruídas por facções muitas vezes com intimidação por arma [31]. Em estudo realizado em Mianmar os resultados indicaram que existem desafios no sistema de saúde e que para alcançar a cobertura universal de saúde, é necessário alinhamento e descentralização do sistema de saúde. O fortalecimento do sistema de saúde pode ser tanto uma necessidade urgente como também um meio de construção da paz [32].

CONCLUSÃO

A violência é um problema complexo e está presente no cotidiano de vida e trabalho dos profissionais da AD no município estudado. A assistência aos pacientes é prejudicada por situações de violência dos cuidadores com pacientes; cuidadores com profissionais de saúde; profissionais com cuidadores; entre os profissionais de saúde e relacionadas ao território de trabalho. É necessário um saber técnico, vínculo com as famílias, diálogo entre membros da equipe, e múltiplas habilidades para lidar com as situações de violência, inclusive no território. O problema na AD necessita ser tratado de forma sistêmica, fortalecendo as práticas profissionais e como suporte para profissionais e pacientes.

Pesquisa Envolvendo Participantes Humanos / Consentimento Livre e Esclarecido

Em relação à pesquisa científica envolvendo seres humanos, este estudo foi realizado de acordo com os princípios éticos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde Brasileiro e aprovada por comitês de ética, sob o parecer nº 2.912.563 de 10/09/2018. Todos os participantes expressaram sua concordância em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento informado durante a entrevista e receberam uma cópia do termo. Além disso, a confidencialidade dos participantes foi assegurada, uma vez que não houve identificação dos participantes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Assegurar a diretiva da Rede de Atenção a Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
2. Brasil. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.
3. Paiva P.A., Silva Y.C., Franco N.F.S, et al. Serviços de assistência domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e quitação. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016 abr / junho; 29 (2): 244-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300018>
4. Castro, E.A.B. Organização de atendimento domiciliar com o Programa Better at Home. *Ver. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 39, e2016-0002, 2018. Dói:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20160002> .
5. Maia, M.A., Silva, M.A.C., Paiva, A.C.O., et al. Práticas cotidianas em situações de violência na atenção domiciliar: Revisão integrativa. *Cien Saude Colet [periódico na internet]* (2019 / Fev). [Citado em 11/06/2019]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/praticas-profissionais-emsituacoes-de-violencia-na-atencao-domiciliar-revisao-integrativa/17090?id=17090>
6. Melo, E.M. Podemos prevenir a violência: teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010, p. 278.
7. Minayo, M.C.S. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.132 p.
8. Benbenishty R; Davidson-Arad, B.; López, M., et al. Decision-making in child protection: An international comparative study on maltreatment substantiation, risk assessment and interventions recommendations, and the role of professionals' child welfare attitudes. *Child Abuse & Neglect*, Volume 49, November 2015, Pages 63-75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.015>
9. Hanson RF, Self-Brown S, Rostad WL., et al.. The what, when, and why of implementation frameworks for evidence-based practices in child welfare and child mental health service systems. *Child Abuse Negl*. 2016 Mar;53:51-63. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.09.014.

10. Bellas HC, Jatobá A, Bulhões B, et al. Effects of Urban Violence on Primary Healthcare: The Challenges of Community Health Workers in Performing House Calls in Dangerous Areas. *J Community Health*. 2019 Jun;44(3):569-576. doi: 10.1007/s10900-019-00657-2.
11. Schek G, Silva MRS, Lacharité C, et al. Organization of professional practices against intrafamily violence against children and adolescents in the institutional context. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 18] ; 25: e2889. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1640.2889>.
12. Certeau, M. *A Invenção do cotidiano: artes de fazer*. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 315 p.
13. Yin, RK. *Estudo de caso: planejamento e methods*. 5.d. Porto Alegre: Bookman, 2014. 290 p.
14. Baxter, P., Jack, S. *Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers*. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559, 2008. Disponível em: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2>
15. Brasil. IBGE. *Censo demográfico, 2019*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>. Acesso em: 15 mai.2019.
16. *Atlas da violência 2019*. / Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. ISBN 978-85-67450-14-8
17. *Software verbi. Consultar. Sozial para schung . GmbH: Berlim, 2018*.
18. Duarte, J; Barros, A. *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação* . 2ª Ed. 384 p., 2006.
19. Bardin, L. *Análise de conteúdo* . São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p.
20. Souza ER, Ferreira AL, Santos NC. *Concepções de docentes em relação ao manual sobre violência intrafamiliar*. *Rev Bras Edu Med*, 2009;33(3):329-38
21. Davidov DM, Jack SM, Frost SS, Coben JH. *Mandatory reporting in the context of home visitation programs: intimate partner violence and children's exposure to intimate partner violence*. *Violence Against Women* 2012 May;18(5):16 p.]. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077801212453278>
22. Riyadh K. L., Nadia Falah. *Violence against health-care workers in a conflict affected city*. *Medicine, Conflict and Survival*, 2019; 35:1, 65-79, DOI: 10.1080/13623699.2018.1540095
23. Brotto TCA, Dalbello-Araujo M. *É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?*. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2012 Dec [cited 2019 Sep 18] ; 37(126): 290-305. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572012000200011>.
24. Bordignon M, Monteiro MI. *Violence in the workplace in Nursing: consequences overview*. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(5):939-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0133>

25. Rodrigues EAdS, Tavares R, Melo VH, et al. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 Sep 18] ; 42(spe4): 55-66. Dóí: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s404>.
26. BLOOM E. M.. Horizontal violence among nurses: Experiences, responses, and job performance. *Nursing Forum* [Internet]. 2019 Jan/Mar [cited 2019 Nov 18] ; 54, (1): 77-83. Doi: <https://doi.org/10.1111/nuf.12300>
27. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Set [citado 2019 Ago 27] ; 22(9): 3013-3022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172229.13712017>.
28. Silva IV, Aquino EML, Pinto ICM. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(10):2112-2122, out, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00146713>
29. Basfr W, Hamdan A, Al-Habib S. Workplace Violence Against Nurses in Psychiatric Hospital Settings: Perspectives from Saudi Arabia. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 31 Jan 2019, 19(1):e19-e25
DOI: 10.18295/squmj.2019.19.01.005
30. Santos, MS; Guimarães e Silva, J; Branco, JGO. O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família: desafios para a atenção em saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, vol. 30, núm. 2, abril-junio, 2017, pp. 229-238. DOI: DOI: 10.5020/18061230.2017
31. Tang K., Y. Health system strengthening in post-conflict ethnic regions of Northeastern Myanmar: a qualitative study. *Health Policy and Planning*, Volume 34, Issue 2, March 2019, Pages 151–159, <https://doi.org/10.1093/heapol/czz016>

4.3 Manuscrito 2: O significado de violência para trabalhadores de saúde da Atenção Domiciliar

Resumo

Este estudo teve como objetivo compreender o significado de violência para os profissionais de saúde. Este estudo configura-se como um estudo de caso de abordagem qualitativa. Participaram 39 profissionais de saúde da Atenção domiciliar. Os resultados mostraram que o significado da violência para profissionais de saúde foi construído a partir de suas próprias elaborações conceituais e experiências na prática assistencial, focalizando agressões, extrapolação dos limites do outro, desrespeito, maus tratos, descumprimento da prestação de cuidados básicos e relacionada ao ambiente e modos de viver da população. O significado envolve várias direções e envolvidos, ou seja, pacientes e profissionais.

Palavras-chaves: Assistência Domiciliar , violência, Pessoal de Saúde

Keywords: home nursing, violence, Health Personnel

INTRODUÇÃO

A violência é um problema crescente de saúde pública em todo o mundo. A prática profissional na atenção domiciliar (AD) em um contexto de violência traz dificuldades para os profissionais que nem sempre estão preparados para lidar com as diferentes situações de violência que podem acontecer no ambiente de trabalho, seja interpessoal ou interprofissional (OMS, 2002; MELO, 2010; POLICASTRO; PAYNE, 2014).

Há escassez de estudos na literatura que aborde o significado de violência para profissionais de saúde da Atenção Domiciliar, os termos percepção e conceito são mais usados nos estudos (SCARAMAL et al., 2017; BARRETO; FIGUEIREDO, 2019). A violência pode ter diferentes significados para as pessoas por ser um fenômeno multifacetado e difícil de conceituar pois é construído de maneira social e cultural (MINAYO et al., 2018).

A violência pode acontecer em qualquer nível de cuidados, seja com crianças, mulheres ou idosos na AD, e alguns tipos podem ser mais prevalentes que outros. Alguns podem ser mais notificados devido a percepção e preparo do profissional de saúde na identificação das situações de violência.

A violência doméstica contra crianças ocorre mais em áreas urbanas se comparadas a áreas rurais. A violência psicológica ocorre em áreas rurais com 42,4%, urbano-rural 51,3% e áreas urbanas 60,5%; a Negligência em áreas rurais de 21,1%, urbano-rural 13,5% e áreas urbanas 22,3%; a Violência física em áreas rurais com 17,1%, urbano-rural 20,7% e áreas urbanas 29,4%; a Violência econômica em áreas rurais com 12,6%, urbano-rural 19,2% e áreas urbanas 29,3%; a Violência sexual em áreas rurais com 3,2%, urbano-rural 3,6% e áreas urbanas com 8,1%. Em todos os tipos de áreas a forma mais frequente de violência é psicológica, que afeta 42,4% das crianças em áreas rurais, 51,3% em urbano-rural e 60,5% em áreas urbanas (AZIZ; EL-GAZZAR , 2019). Assim, as áreas urbanas, com maior densidade populacional, parecem concentrar a maior parte de situações de violência contra crianças, o que constitui um desafio para os serviços de saúde.

O cenário profissional com situações de violência se torna um desafio para os profissionais da saúde da AD, uma vez que estas precisam ser conhecidas, a partir da compreensão dos profissionais. Estas situações são marcadas de relações de causa e efeito entre os fenômenos da violência devido a sua tipologia, o que é pouco discutido na formação e preparo dos profissionais de saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Cada vez mais, os profissionais de saúde devem executar procedimentos de identificação, estarem atentos aos detalhes de evidências e abordagem dos pacientes vítimas quanto a situações de violência que possam afeta-los no trabalho (MAZZOTTI et al. , 2019; MAIA et al., 2019).

É neste cenário multifacetado que os profissionais de saúde da AD se deparam com desafios e é necessário criar práticas para lidar com a situações de violência no seu cotidiano. Para Michel de Certeau “O cotidiano é aquilo que nos é dado (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente” (2014, p.31). As práticas são “maneiras de fazer” que se constituem a partir de estratégias e de táticas cotidianas, componentes de um espaço organizado que é o cotidiano. Nas palavras de Certeau (2014, p.57), os sujeitos são homens ordinários que “pouco a pouco ocupam o centro de nossas cenas científicas”.

As táticas são astúcias no fazer que ressignificam o lugar e estimulam movimentos dos sujeitos, em uma ação calculada e operam golpe por golpe. Aproveitam as “ocasiões” e falhas que se abrem na vigilância, nas normas, nas estratégias, introduzindo a criatividade para responder às necessidades. As estratégias e táticas não se opõem, mas se complementam. Certeau estabelece, também, uma distinção entre espaço e lugar para indicar que “um lugar é

a ordem (seja qual for) segundo a qual se distribuem elementos nas relações de coexistência” e o espaço é um lugar praticado pelos sujeitos (CERTEAU, 2014).

A estratégia pode ser entendida como o formalmente instituído que dita aos sujeitos as formas de comportamento e de agir no lugar circunscrito, enquanto a tática é silenciosa e determinada pela ausência de um próprio, formando um espaço em um lugar praticado (CERTEAU, 2014). As ações em saúde se realizam em um espaço partilhado de inter-relações, o que torna o trabalho em saúde um processo de relação de encontros entre profissional e usuário (MERHY, 2005).

Considerando que o significado de violência é construído social e culturalmente pelos indivíduos, em uma equipe de saúde o significado pode ser diferente entre os profissionais de saúde. Desta forma, considerando a complexidade que é a violência e como é construída, é preciso identificar o seu significado entre os profissionais de saúde da AD para conhecer sua atuação diante das situações que acontecem no cotidiano de trabalho (MINAYO, 2007; MINAYO et al.,2018)

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo compreender o significado de violência para os profissionais de saúde.

MÉTODO

Este estudo configura-se como um estudo de caso único de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Contagem no período de 2 de setembro a 7 de dezembro de 2018.

A amostra foi intencional, composta por 72 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas sociais. Todas as equipes do SAD e seus profissionais foram convidados a participar da pesquisa. De 72 trabalhadores de saúde, 39 participaram da pesquisa, 15 pessoas estavam afastadas do trabalho por motivo de férias ou doença e 14 pessoas afirmaram não estarem sujeitas a situações de violência e 4 pessoas se recusaram a participar, totalizando 39 participantes.

O critério de inclusão do estudo foi: Profissionais de saúde vinculados ao SAD por mais de 04 (quatro) meses; e critérios de exclusão: Profissionais de saúde recém-contratados, de férias ou licenciados no momento da coleta de dados.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevista e observação. As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo no local de trabalho e audiogravadas mediante autorização.

As entrevistas foram realizadas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma para o participante e outra que ficará sob a guarda do pesquisador.

A entrevista foi conduzida por meio de um roteiro semiestruturado com duração média de 40 minutos. Foram feitas as seguintes perguntas: Você pode me dizer o que é violência? As entrevistas foram transcritas na íntegra, sendo verificada a exatidão das transcrições, confrontando-as com gravações. Cada participante recebeu um código para garantir o anonimato (E1, E2, E3,...). Os nomes de pessoas e estabelecimentos de saúde foram substituídos por “YYY”.

Para complementar as informações obtidas nas entrevistas, também foi realizada observação. A observação foi realizada no local de trabalho do hospital ou na Emergência e nas visitas domiciliares e realizada pela pesquisadora. No período de coleta de dados, foi possível conhecer o trabalho das equipes e perceber os desafios cotidianos dos profissionais. A observação nos cenários da AD totalizou 298 horas de observação e 270 visitas foram realizadas.

Para armazenamento de dados, o processo de codificação e a validação da codificação, utilizou-se o software MAXQDA® versão 12.2. O software MAXQDA© 12.2.0 consiste em um programa de análise de dados de pesquisa qualitativa, quantitativa e métodos mistos, que permite ao pesquisador melhor organização e sistematização dos dados e contribui para a otimização do processo de construção de categorias, codificação dos textos, análise e apresentação dos resultados (VERBI SOFTWARE, 2018).

Para analisar o significado de violência foi utilizado a Nuvem de palavras (NP) que são imagens usualmente apresentadas como ilustração, o tamanho de cada palavra indica sua frequência, admitida como proxy da relevância de determinada temática (LEMOS, 2016) na totalidade de hipertextos. A nuvem de palavras agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência.

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo na modalidade análise categorial temática com base no referencial de Bardin (2011), seguindo os três polos: 1) pré-análise, 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos achados. Na Pré-Análise, ocorreu a leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação das hipóteses e objetivos, elaboração de indicadores e preparação do material. Esta análise possibilitou aprofundar a compreensão do significado de violência para os profissionais de saúde da AD.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o Parecer 2.912.563, de 10/09/2018, tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes manifestaram anuência com a pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

De acordo com as características sociodemográficas dos participantes, a idade média dos 42 profissionais de saúde domiciliar é de 42,3 anos, a maioria é do sexo feminino (76,2%), com companheiro (66,7%) e nível de escolaridade com pós-graduação completa (66,7%). Entre os profissionais, 76,2% possuem mais de 10 anos de trabalho e 38,1% são técnicos de enfermagem. Dos 42 participantes, 37 (88,1%) relataram não estar preparados para lidar com situações de violência.

Se a literatura apresenta como é difícil conceituar violência, os entrevistados foram polissêmicos, utilizando diferentes conceitos para situá-la, e desta forma, as explicações sobre o que violência significa a apresentaram como um fenômeno complexo e multicausal. É importante salientar que neste momento, muitos profissionais questionaram sobre que tipo de violência se tratava a pergunta. A maioria dos profissionais da AD perguntavam se era sobre violência física. Neste momento, se esclarecia que a pergunta não era direcionada a um tipo de violência específica e que ele poderia falar o que “Violência” significava para ele.

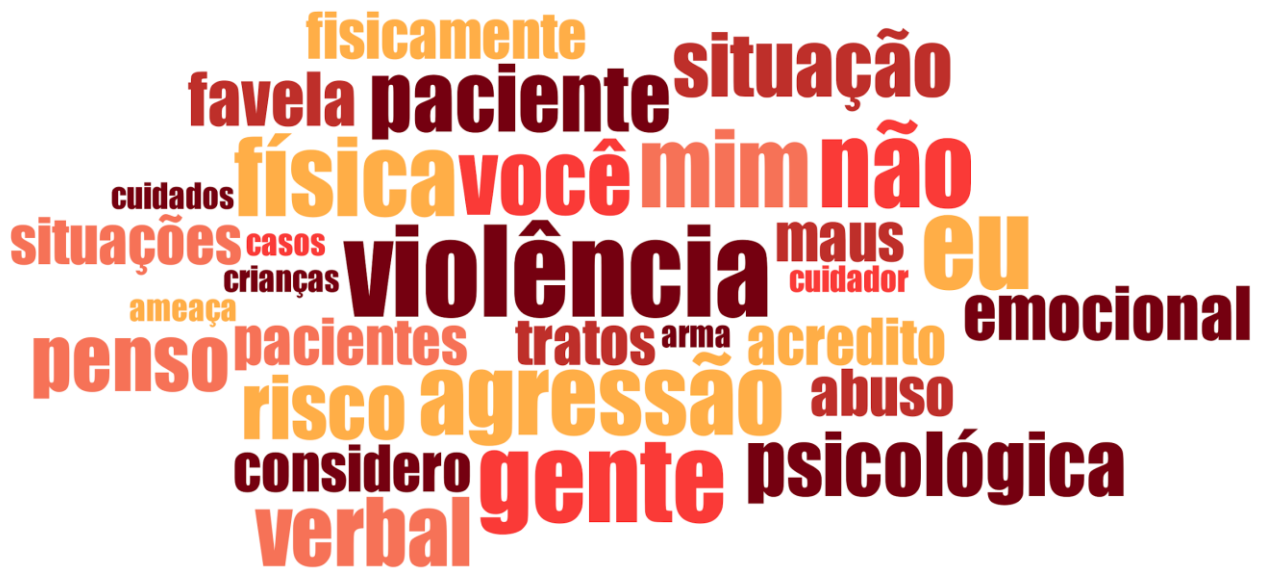


Figura 1 – Nuvem de palavras sobre o significado de violência para os profissionais da Atenção Domiciliar – Brasil, 2020.

Na Tabela 1, descreve-se a caracterização da nuvem de palavras por frequência de citação e seu ranking, que aponta a classificação segundo número de citação na entrevista. A seguir é apresentada uma tabela de caracterização da nuvem de palavras gerada pelo MaxQDA. A palavra mais citada é ranqueada de acordo com a sua frequência de citação.

Tabela 1– Caracterização da análise da nuvem de palavras em frequência e ranking – Brasil, 2020.

Palavra	%	Ranking
eu	15,02	1
gente	11,11	2
física	5,11	3
agressão	4,20	4
mim	4,20	4
você	3,30	6
verbal	2,40	7
paciente	1,80	8
psicológica	1,50	9
risco	1,50	9
situação	1,50	9

emocional	1,20	12
favela	1,20	12

Fonte: resultados da pesquisa

Observa-se que as palavras “eu” e “gente” foram mais utilizadas, seguido de “física” e “agressão”. Observou-se que o entrevistado buscou um conceito para si mesmo não colocando outros indivíduos no discurso. Outros termos relacionados a violência como psicológica, verbal e emocional foram utilizados em segundo plano.

Quando você me fala em violência eu entendo como qualquer ação que me cause algum dano seja ele físico, psicológico (E1).

Assim quando fala em violência eu só imagino a física, mas, né, a psicológica, emocional, sei lá verbal (E2).

Violência pra mim é uma coisa que agride aos meus princípios de família, é uma violência física e também violência verbal. (E5).

Ah, é uma agressão. Vejo como uma agressão (E6).

A violência física mesmo, deles chegarem a abordar a gente. A violência psicológica, não deixa de ser violência, mostrar que eles estão ali é uma certa violência psicológica [...] (E11).

o que eu acho de violência é agressão mesmo, física ou de arma (E17).

É uma ameaça verbal mesmo, ou física [...] (E22).

eu penso em violência física e verbal, eu penso primeiro nisso mas tem outros , eu acredito que tem outras formas da gente ser agredido e agredir o outro, mentindo, descumprindo, desrespeitando (E24).

Violência é agressão física ou verbal ne (E28).

O significado de violência vai além do que acontece a própria pessoa como agressão física, verbal e psicológica, o significado pode se dar por uma situação de violência que acomete outra pessoa.

Ela pode ser psíquica, se eu infrinjo o espaço psicológico de outra pessoa, de forma agressiva (E7).

E dependendo do contexto que a pessoa está inserida pode ser violência pra mim e pode não ser violência para o paciente que está inserido numa favela em condições mais precárias [...] (E16).

O meu conceito de violência é o que aflinge o direito do outro, o querer do outro (E20).

Violência é quando um direito meu é desrespeitado seja ele qual for, como meu direito de ir e vir, a minha dignidade, seja física, agressão, seja emocional (E26).

Para mim violência é tudo que ultrapassa o limite do outro. Que quando fala violência parece que é só a questão da agressão física. A partir do momento que vai contra o querer do outro, para mim já se torna uma violência seja ela física, psíquica, verbal (E33).

[...] eu penso em violência física e verbal, eu penso primeiro nisso mas tem outros, eu acredito que tem outras formas da gente ser agredido e agredir o outro, mentindo, descumprindo, desrespeitando, eu considero várias, mas o que vem na minha cabeça inicialmente é essa, a física e a verbal (E38).

Durante a entrevista, os profissionais de saúde se referiam inicialmente à violência como física e somente após a descrição se lembrava de apontar outros tipos. Muitos profissionais tinham dúvida sobre qual violência falar e após serem esclarecidos que poderia ser qualquer tipo de violência respondiam conforme as situações que se lembravam primeiro. Alguns profissionais associavam a explicação com alguma situação de violência que houvessem presenciado na AD. Verbos como “penso”, “acredito” e “considero” reforçam o uso de palavras para descrever a opinião pessoal.

Você maltratar de alguma forma, neh , psicologicamente, fisicamente, é os cuidados básicos deixarem de serem feitos, então eu generalizo como maus tratos mesmo (E9).

Física mesmo deles chegarem a abordarem a gente. A violência psicológica, mostrar que eles estão ali é uma certa violência psicológica, mostrando que a gente tem que tá submisso a eles ali, que a gente não pode entrar e fazer o que quer (E18).

Violência é quando eu vejo que o ambiente é violento, entendeu, que ali tá aquela situação terrível, e aí você já vai ficando com cabeça ruim e você sai dali com a cabeça pesada (E23).

Eu penso em agressão, violencia seria uma agressão a uma pessoa, a um grupo, seja essa agressão física ou psicoemocional, ou social, e religiosa também (E25).

Eu vejo abuso, abuso moral sabe (E24).

Quando eu penso em violência, penso em agressão, então para mim, violência é uma agressão a uma pessoa, a um grupo, seja essa agressão física ou psicoemocional, ou social, e religiosa também, para mim a palavra vem associada a agressão (E35).

O significado atribuído à violência pelos profissionais pode refletir na sua prática cotidiana de trabalho da AD. Algumas situações que não consideram como violência podem passar despercebidas o que pode prejudicar a assistência ao paciente em situação de violência ou outras situações presentes no cotidiano.

Ah, violência para mim é maltratar um paciente, é levantar a voz para outra pessoa, isso é motivo de violência [...] (E3).

Me vem situações a que eles estão expostos, [...] ambientais depois familiares, da dependência desse cuidador, da relação dele com esse paciente (E12).

Eu sempre entendo que é maltratar de alguma forma, psicologicamente, fisicamente, ou cuidados básicos deixarem de serem feitos, [...] isso para mim é uma violência ao ser, independente de onde esteja, em que situação esteja (E27).

Me veio duas coisas na verdade, a questão da nossa violência do nosso risco que a gente corre entrando nas casas dos pacientes, entrando nas áreas de favelas,, de comunidade e outra coisa dentro dos pacientes mesmo (E30).

Assim, violência hoje a gente já está acostumada porque está virando uma coisa comum [...] Pra gente que esta aqui fora não, é uma coisa que a gente vê e fica triste, pra eles é o cotidiano deles [...] Então essa violência que a gente fala de um lugar perigoso é aquele lugar que a gente vê os bandidos armados, na entrada da favela, aquela ameaça que eles fazem com a gente de mostrar arma (E31).

A violência se torna invisível no lugar da AD, tornando o espaço, um lugar praticado pelos profissionais de saúde com astúcias frente às situações de violência. As situações de violência relatadas apresentaram significados diferentes para os profissionais de saúde da AD, o que permitiu a exploração sob diferentes aspectos, além da relação com os pacientes e cuidadores, incluindo, por exemplo, o território de atuação. Os profissionais de saúde refletiram sobre suas práticas nas perspectivas individual ou coletiva, quando usava o sujeito (eu) ou coletiva (a gente).

DISCUSSÃO

O significado de violência foi exposto de forma individual e coletiva quando os entrevistados usam o “eu” e/ou” a gente” para explicar a sua percepção sobre o fenômeno. Por se tratar de um fenômeno biopsicossocial, a violência está interligada à sociedade em que se encontra e é necessário se atentar para as especificidades históricas. Aqui se observa a configuração da violência perpassando por natureza política, econômica, moral, jurídica,

psicológica, de relações humanas e institucionais, caracterizando a sua construção como individual ou coletiva dependendo do ponto de partida (MINAYO et al., 2018).

Os entrevistados descrevem a violência como física, verbal, psicológica, emocional e como agressão, pois se trata de um conceito polissêmico. Para eles, a violência física é o primeiro significado que surge para definir a palavra. Percebe-se que o fenômeno da violência, por si só, consiste em tema complexo e sujeito a uma compreensão interdisciplinar. Pelo seu caráter histórico e social, dependendo da cultura e do grau de desenvolvimento dos diferentes grupos sociais, assume distintas definições, com táticas e espaço próprio para a sua prática (CERTEAU, 2014; SCARAMAL et al., 2017)

As práticas profissionais na AD são influenciadas pelo modo como a violência é compreendida pelos indivíduos, tendo em vista que diferentes profissionais podem ter diferentes olhares sobre a violência, não perceber uma situação de violência ou optar por não intervir diante da complexidade da situação. A AD implica em entrar na intimidade dos pacientes e famílias, cujos mecanismos de levar a vida podem encobrir situações de violência, muitas vezes, implícitos e de difícil identificação. Por outro lado, a AD apresenta o lar como um espaço de cuidado, onde o tempo de contato entre os profissionais de saúde e paciente pode proporcionar condições para detectar maus tratos e poder intervir (MAIA et al, 2019).

Compreender o significado de violência para os profissionais de saúde na AD, é importante para minimizar a subnotificação de casos e atuar na prevenção e capacitação dos profissionais de saúde na identificação dos casos observados no trabalho da AD. Ter o discernimento de que a violência pode acontecer, não a banalizar ou tratá-la como um fenômeno velado, se torna um diferencial na percepção da assistência prestada no domicílio. Faz-se necessário o conhecimento do processo da violência nas práticas atuais (BARRETO, FIGUEIREDO, 2019).

Quando o entrevistado fala que a violência se tornou algo comum de ver por trabalhar em favela e que a agressão faz parte do cotidiano do usuário nos remete a perspectiva de Certeau de que “[...] *o cotidiano é aquilo que nos é dado* [...] (2014, pag 31)”. Neste caso, as práticas contribuem para o conhecimento da área e para a banalização da violência e sua associação a um assunto privado, que pode ser o território de atuação profissional, no qual não se deve interferir (SANTOS et al, 2018).

Um estudo buscou explorar a atitude e comportamento dos profissionais de saúde diante de uma violência doméstica. Os resultados apontaram que 44,3% e 46,5% de médicos e enfermeiros, respectivamente, mencionaram a restrição de tempo como uma barreira na identificação de violência doméstica. Apenas 36,7% dos médicos apontam possuir

habilidades de comunicação para facilitar a identificação da exposição da violência (AZIZ ; EL-GAZZAR , 2019).

Os profissionais de saúde relatam que a violência agride aos seus princípios, assim como uma situação de maltratar ou não realizar um cuidado básico com o paciente. A violência é percebida como algo que ultrapassa o limite do natural. Resultado se assemelha ao encontrado sobre as percepções dos profissionais da ESF sobre a violência contra a criança, apontando-a a como a mais frequente nas suas modalidades física, sexual, negligência e psicológica. Neste caso, a violência é vista pelos profissionais da ESF como resultante da maneira de educar, transmitida de geração para geração. Desta forma, a violência é construída de forma velada, social e culturalmente, no meio familiar e o sujeito carrega este significado para sua vida (ZANELATO et al., 2012, MINAYO et al., 2018).

Foi observado no estudo que profissionais de saúde apresentavam dificuldades em dar um significado para o termo violência, e a explicação era acompanhada dos exemplos de alguma situação vivenciada. Não é possível afirmar se os profissionais apresentam dificuldade em reconhecer uma situação como de violência se aquele cenário for comum para ele. O nível de conscientização e percepção de situações de violência por profissionais de saúde ainda é baixo, por isso há necessidade de educação e de treinamento específicos (CORBI et al. , 2019).

Um estudo sobre o nível de conscientização e percepção do abuso de idosos por profissionais de saúde apontou que a negligência representa um tipo de abuso, enquanto 40% dos médicos e 37% dos enfermeiros consideram esse conceito falso. A maioria dos enfermeiros e assistentes declarou nunca ter suspeitado ou testemunhado abuso , enquanto poucos médicos afirmaram ter suspeitado / testemunhado abuso, 1-3 vezes em sua carreira (CORBI et al., 2019).

Um estudo de revisão explorou como uma equipe de saúde conceitua e identifica o abuso de idosos. Os resultados mostram ampla gama de comportamentos abusivos, mas havia pouco entendimento comum sobre o que seria abuso de idosos. Além disso, as disparidades nas conceituações foram maiores para certos tipos de abuso, como verbal, psicológico e de cuidado (RADERMACHER et al, 2018).

Ressalta-se que a explicação do significado de violência foram remetidos a uma situação que tenham vivenciado no cotidiano, reforçando as áreas de alta vulnerabilidade como propícias. Com o objetivo de apreender o significado da violência física ocupacional para trabalhadores de enfermagem em sua dinâmica familiar e social, um estudo apontou que

os trabalhadores se sentem despreparados para enfrentar a agressividade da população no seu cotidiano de trabalho e utilizam a reflexão para questionar sua realidade (CORBI et al., 2019).

Os profissionais de saúde podem ter um bom conhecimento sobre a tipologia, fatores de risco e sinais de violência, mas na prática pode se tornar um desafio se a violência for velada. Desta forma, há a necessidade de educação continuada no serviço em relação a atuação e abordagem nas situações de violência.

Estudo realizado com 400 enfermeiros clínicos apontou que um treinamento em simulação clínica sobre violência no local de trabalho, melhorou a conscientização, atitude e autoconfiança dos enfermeiros em relação a percepção da violência no local de trabalho e ajudou na redução de risco e danos da violência nessa categoria profissional (MING et al., 2019).

A educação dos profissionais de saúde é essencial para responder às situação de violência. Em um estudo com 518 dentistas pediátricos apenas 15,6% se consideraram competentes para diagnosticar e denunciar o abuso físico e quase todos reconheceram a necessidade de mais educação sobre o assunto (ÖZGÜR et al. , 2019). No entanto, apesar do aumento da violência em vários aspectos, a mesma, ainda, é pouco abordada nas escolas.

Buscar o significado de violência entre os profissionais de saúde da AD permitiu compreender que o fenômeno é percebido na prática profissional, de forma multifacetada, com diferentes concepções e a gravidade depende do tipo de violência. O significado da violência mostra-se ora individual, ora coletivo, expresso pelas palavras “eu” e “a gente” na nuvem de palavras, principalmente quando envolve o território onde todos são afetados. No cotidiano constituiu um desafio para a adoção de estratégias que permitam a discussão do fenômeno no serviço de saúde, assim como os enfrentamento das situações pela equipe os encaminhamentos para equipamentos sociais. Não há retaguarda eficiente do serviço de AD, estímulo a capacitações e um fluxo de encaminhamentos para a atuação profissional resolutiva na identificação das situações de violência.

CONCLUSÃO

O significado da violência para profissionais de saúde da AD foi explicitado por eles a partir de suas próprias elaborações conceituais e experiências na prática assistencial, focalizando agressões, extrapolação dos limites do outro, desrespeito, maus tratos, descumprimento da prestação de cuidados básicos e relacionada ao ambiente e modos de

viver da população. O significado envolve várias direções e envolvidos, ou seja, pacientes e profissionais.

A discussão sobre a violência pelas equipes de profissionais de saúde, deve ser constante, abordando a tipologia, atuação profissional na identificação e encaminhamento dos casos, considerando ser este um problema de saúde pública, mas que envolve atuação multidisciplinar e vários equipamentos sociais.

O fato de os profissionais de saúde reconhecerem o despreparo na formação contribui para a manutenção do stress profissional e abordagens tradicionais. Mas o que atualmente impressiona é a banalização da violência e sua conseqüente aceitação como algo natural, principalmente em determinados grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, o que contribui para reduzir o poder de reação. Casos de violência são cada vez mais frequentes na AD, comprometendo a segurança dos profissionais de saúde, a atenção qualificada aos pacientes e o suporte aos cuidadores.

REFERÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World report on violence and health** (Relatório Mundial sobre violência e saúde) / editado por Etienne G. Krug. Genebra: WHO, 2002.

MELO, E.M. **Podemos prevenir a violência: teorias e práticas**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010, p. 278.

POLICASTRO, C.; PAYNE, B. Assessing the level of elder abuse knowledge pre-professionals possess: implications for the further development of university curriculum. **Journal of Elder & Abuse Neglect**, v.26, n.1, p.12-30, 2014.

BARRETTO, R.S.; FIGUEIREDO, A.E.B. Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma unidade psiquiátrica em hospital geral. **Cad. saúde colet.**, v.27, n.2, p.124-130,2019.

SCARAMAL, D.A. et al. Significado da violência física ocupacional para o trabalhador de Enfermagem na dinâmica familiar e social. **Ciência Cuidar e Saúde** , Abr-Jun, v.16, n.2, 2017.

MINAYO, M.C.S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, June, v. 23, n. 6, p.2007-2016, 2018.

AZIZ, M.M. ; EL-GAZZAR, A.F. Perceptions and practices of health professionals screening domestic violence in Upper Egypt. **Sex Reprod Healthc**, Jun, v. 20, p. 93-99,2019.

BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>.

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

MAZZOTTI, M.C. et al. Attitude of Italian health professionals and barriers to mandatory reporting of elder abuse: an exploratory study. **J Forensic Leg Med.**, abr, v.63, p.26-30, 2019.

MAIA, M.A. et al. Práticas profissionais em situações de violência na atenção domiciliar: Revisão integrativa. **Ciencia & Saude Coletiva**, Fev, prelo, 2019.

Certeau, M. A Invenção do cotidiano: artes de fazer. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 315 p.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.Supl., p.1259-1267, 2007.

SOFTWARE VERBI. Consultar. Sozial para schung . GmbH: Berlim, 2018.

LEMO, L.M.P. Nuvem de tags como ferramenta de análise de conteúdo: uma experiência com as cenas estendidas da telenovela *Passione* na internet. **Lumina**, v.10, n.1, 2016.

SANTOS, W.J. et al. Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Rev Fund Care Online**, jul./set., v.10, n.3, p.770-777, 2018.

ZANELATTO PF, MEDEIROS M, SANTOS WS, MUNARI DB. Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da estratégia saúde da família. **Ciencia y Enfermeria**, v. 18, n.2, p.41-49, 2012.

CORBI, G. et al. Elderly abuse: perception and knowledge of the phenomenon by health professionals from two Italian hospitals. **Intern Emerg Med.**, Jun, v.14, n.4, p.549-555, 2019.

RADERMACHER, H. et al. Team conceptualizations of elder abuse in residential seniors: a quick review. **Australas J Aging**, Dez, v.37 n. 4, p.254-267, 2018.

MING, J.L. et al. Clinical simulation teaching program to promote nurses' effectiveness in addressing workplace violence. **Hu Li Za Zhi**, Jun, v.66, n.3, p.59-71, 2019.

ÖZGÜR, N. et al.. Knowledge, experiences and attitudes of Turkish pediatric dentists regarding child physical abuse. **Int Dent Journal**, Nov, v. 12, 2019.

4.4 Manuscrito 3: Práticas Cotidianas dos profissionais de saúde da Atenção Domiciliar em situações de violência

Resumo

Este estudo objetivou descrever as práticas cotidianas dos profissionais de saúde diante das situações de violência. Foi realizado em estudo de caso de abordagem qualitativa fundamentado no referencial teórico do cotidiano de Michel de Certeau. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado com profissionais de saúde e observação. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática. Os resultados mostram que as práticas cotidianas dos profissionais possuem elementos de estratégia como políticas e diretrizes da Atenção Domiciliar em situações de violência e um lugar próprio imposto pelas normas. Entretanto, no cotidiano em áreas de grande vulnerabilidade social os profissionais adotam táticas diante das situações de violência, evidenciando um espaço de atuação peculiar. As práticas profissionais são realizadas em espaços marcados por um contexto de violência entre profissionais, de usuários para profissionais e de território. Conclui-se que as práticas cotidianas seguem normas e diretrizes do serviço de AD, mas, também, exigem novas maneiras de fazer (táticas) para se adequar ao contexto de trabalho e aos pacientes.

Palavras-chaves: Prática profissional; Violência; Assistência domiciliar

Keywords: Professional practice; Violence; Home care.

INTRODUÇÃO

A violência tem se tornado um problema de saúde pública, em nível global, que impacta o trabalho dos profissionais de saúde, nos diversos serviços e níveis de complexidade e na Atenção domiciliar (AD), em particular, por ser uma prestação de serviços nas comunidades. A AD possui diretrizes formais para situações especiais na abordagem da violência no âmbito domiciliar (BRASIL, 2013; CASTRO, et al., 2018), mas para que haja uma contribuição efetiva na prevenção e diminuição da violência há necessidade de apoio aos profissionais para lidarem com as diferentes situações de violência nas práticas cotidianas.

No Brasil, os profissionais de saúde da AD em seu cotidiano de trabalho podem se deparar com situações de violência, o que se torna desafiador para os profissionais e para o sistema de saúde. No cotidiano de trabalho, os profissionais da AD lidam com situações

diversas, incluindo situações de violência, que evidenciam a necessidade de se conhecer as práticas desenvolvidas, abordagens e medidas de atendimento multidisciplinar (MAIA et al., 2019).

Neste lugar complexo da AD em que os profissionais adentram os domicílios, território dos paciente e famílias, diante de situações de violência torna-se possível observar que é algo que vai além do que é normatizado. Há regras, normas e diretrizes para o trabalho prescrito, mas a realidade se impõe e implica em alterações a cada dia, dando origem a um espaço cotidiano de trabalho dinâmico e mutável, que exige novas e criativas maneiras de fazer, diferente do trabalho em hospitais e atenção primária, onde há maior estabilidade das ações e domínio dos profissionais.

Na perspectiva de Michel de Certeau, “o cotidiano é aquilo que nos é dado cada dia (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia” (CERTEAU, 2014 p.31). É um espaço vivido e percebido de estratégias normatizadoras em estreita relação com as táticas e astúcias dos sujeitos comuns que constroem um lugar delimitado”. As estratégias, como protocolos, guias, diretrizes e relações de poder, representam um lugar circunscrito visando à organização do espaço social. As táticas partem das astúcias, introduzindo novas maneiras de fazer no cotidiano. Além disso, há uma distinção entre espaço e lugar para indicar um “lugar próprio, que indica uma configuração instantânea de posições e o espaço é um lugar praticado pelos sujeitos” (CERTEAU, 2014 p,34).

Estudar atenção à saúde e violência pressupõe o reconhecimento da complexidade nas situações em que acontecem inseridas em determinada realidade social. Assim, a partir da compreensão do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde diante de situações de violência na AD espera-se contribuir com avanços sobre práticas e condutas profissionais em uma realidade concreta.

A partir da perspectiva do cotidiano de Certeau propôs-se a seguinte questão norteadora: Como é o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Domiciliar quando se deparam com situações de violência? Neste estudo buscou-se descrever as práticas cotidianas dos profissionais de saúde diante das situações de violência.

Método

Este estudo configura-se como um estudo de caso único, de abordagem qualitativa, utilizando referencial teórico de Michel de Certeau sobre o cotidiano, caracterizado como algo além de um simples cenário rotineiro de trabalho, pois envolve maneiras de viver e de se relacionar (CERTEAU, 2014).

O estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto social e suas interconexões, é uma investigação empírica que permite o estudo de um fenômeno cujos limites não estão claramente definidos (YIN, 2014). O caso neste estudo é “a prática dos profissionais da AD em situação de violência.”

A pesquisa qualitativa aborda os significados das ações e relações humanas, enfatizando as vivências e experiência da realidade dos sujeitos no cotidiano de trabalho (MINAYO, 2010). Possibilita o entendimento do significado de determinado fenômeno, para as pessoas, em uma perspectiva individual e coletiva (TURATO, 2011).

Este estudo foi delimitado por: 1) geografia, prestação de serviços domiciliares em Contagem, Brasil, focalizando as experiências com violência e 2) ação profissional, examinando experiências dos profissionais.

O estudo foi realizado em Contagem, Minas Gerais, com a equipe do Serviço de Atenção Domiciliar do município. Em Contagem, o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e é referência de modelo na atenção no estado de Minas Gerais. O SAD é organizado por 7 equipes: 6 Equipes Multiprofissionais de Assistência Domiciliar (EMAD), 4 clínicas, 1 pediátrica, 1 ortopédica e 1 equipe multiprofissional de apoio (EMAP). O EMAD é formado por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e técnicos de enfermagem e o EMAP é formado por fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas ocupacionais.

Participaram doo estudo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas. O critério de inclusão do estudo foi: Profissionais de saúde vinculados ao SAD por mais de 04 (quatro) meses; e critérios de exclusão: Profissionais de saúde recém-contratados, de férias ou licenciados no momento da coleta de dados.

Neste estudo, foram utilizadas as técnicas de coleta: entrevistas e observação e consulta aos registros dos profissionais da AD. As entrevistas com roteiro semiestruturado visaram apreender aspectos do trabalho, guias e protocolos que utilizavam, situações de violência presenciados e a abordagem profissional. Foram realizadas observações de encontros clínicos para conhecer o cotidiano dos profissionais em visitas domiciliares e discussão de abordagens clínicas ou sociais do paciente, além da leitura de relatórios e registros de visitas para identificar situações de violência relatadas (MINAYO; ASSIS, 2017; FRY et al., 2017).

Os profissionais foram contatados previamente e convidados a participar do estudo e, mediante o aceite, foram agendadas as entrevistas no local de trabalho, no horário de almoço

ou final de plantão. As entrevistas foram audiogravadas, após autorização e realizadas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma para o participante e outra que ficará sob a guarda do pesquisador.

A entrevista foi conduzida por um roteiro semiestruturado, construído para aprofundar a discussão sobre as situações de violência vivenciadas pelos profissionais de saúde e na perspectiva do cotidiano de Michel de Certeau. Foram feitas as seguintes perguntas: Fale-me sobre o seu dia a dia de trabalho na Atenção Domiciliar; Descreva os protocolos e guias para o trabalho na AD e sua utilização pela equipe; Com a sua experiência na Atenção Domiciliar fale sobre os momentos que você como profissional de saúde teve que lidar com situações de violência no trabalho e com os pacientes. Que tipo de violência já ocorreu em seu trabalho? Quando se depara com situações de violência, o que tem feito para solucionar ou encaminhar a situação?; Como é o trabalho do profissional da AD diante de situações de violência contra o profissional ou o paciente?

Buscou-se entrevistar todos os profissionais da AD (72) por acreditar que o cotidiano de trabalho e o olhar sobre o fenômeno são únicos para cada pessoa, mas 15 pessoas estavam afastadas do trabalho por doença ou férias, 14 afirmaram não terem vivenciado situações de violência, 04 pessoas se recusaram a conceder entrevista. Foram realizadas 39 entrevistas, cuja duração média foi de 30 minutos.

Foi realizada, também, observação no local de trabalho das equipes e nas visitas domiciliares. No período de coleta de dados, foi possível conhecer o trabalho das equipes e perceber os desafios cotidianos dos profissionais. A observação nos cenários da AD totalizou 298 horas de observação em 270 visitas realizadas.

Foram coletados, também, dados dos registros das visitas e relatórios. Estes dados foram importantes para conhecer a história do Serviço de AD e situações que os profissionais de saúde apontaram como violência.

Os dados das entrevistas foram submetidos à Análise de Conteúdo temática com base no referencial de Bardin (2011). Na 1ª fase realizou-se a Leitura flutuante: o primeiro contato com os documentos para conhecer o texto; realizou-se a preparação do material: as notas da observação registradas no diário de campo e as entrevistas transcritas constituíram o corpus da pesquisa. Na 2ª fase realizou-se a exploração do material e sua codificação. Foram extraídas as unidades de registro e agrupados por tema, emergindo a seguinte categoria: “As maneiras de fazer no cotidiano da Atenção Domiciliar”. Na 3ª fase os resultados foram interpretados com base na literatura.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o Parecer 2.912.563, de 10/09/2018, tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes manifestaram anuência com a pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

As maneiras de fazer no cotidiano da Atenção Domiciliar

O Caderno de Atenção Domiciliar é um guia para a atuação profissional nas visitas domiciliares diante de demandas de cuidado especializado. Há uma área específica sobre situações especiais que aborda a violência na AD com orientações sobre estratégias na prevenção da violência doméstica, violência no domicílio, famílias vulneráveis, violência urbana e legislação pertinente (BRASIL, 2013).

A partir das informações das entrevistas e observações foi possível examinar os relatos dos profissionais sobre guias e protocolos na orientação dos cuidados. Os cadernos de Atenção Domiciliar seriam as estratégias para a atuação profissional orientadas pelo Ministério da Saúde.

O protocolo do programa de Contagem que a gente segue é o protocolo do Ministério da Saúde, a gente ainda não tem um específico. Então a gente usa como base as portarias, as publicações que eles lançam e a gente traça o cuidado (E1).

A gente utiliza as guias do E-SUS e, também, tem de cada área, nós fizemos protocolos. Cada área fez a sua própria avaliação para iniciar com o paciente. Mas a gente utiliza os guias, como protocolos do E-SUS, próprias para o SAD, que são direcionados para o atendimento domiciliar (E12).

Os protocolos e guias, como uma estratégia, legitimam um saber e uma linguagem própria nas práticas profissionais na AD. Além da normatização do Ministério da Saúde, houve a necessidade de implantação de guias específicos desenvolvidos pelos profissionais do SAD que estão em fase de elaboração.

O trabalho cotidiano na AD é circunscrito por elementos que o definem como política de saúde com diretrizes e normas. Estes elementos podem ser compreendidos como estratégias de delimitação de um lugar próprio no qual há um fazer delimitado que se espera ser cumprido (CERTEAU, 2014).

Uma coisa que eu achei muito deficiente aqui é que só agora que a gente está criando os POP's. Na última reunião foi repassado para as equipes, para revisar e instalar. Eu acho que, as vezes, fica de acordo com o jeito de cada enfermeiro, tem alguns impressos para seguir, mas eu acho que ainda falta mais discussão (E7).

A gente teve que ir pautando e fazendo um guia de como a gente trabalha, não é um POP porque ainda não foi passado para revisão, mas aí a gente tem esse guia que norteia as nossas atividades, tudo como funciona. A gente foi construindo de acordo com o que acontece, que a gente foi observando e construiu e, ainda, está em fase de confecção para aprovação (E24).

O guia em construção como normatização das ações dos profissionais de saúde na AD, está sendo desenvolvido com base no Caderno de Atenção Domiciliar e a demanda específica de cada área de abrangência das equipes. Há reconhecimento da importância dos guias e protocolos como estratégia que norteiam o fazer na AD, contudo, a aceitação como uma norma não se concretiza como esperado, sendo, frequentemente transgredido.

Ano passado fiz um treinamento que tem alguns protocolos mais complexos que estão querendo implementar na atenção domiciliar. Eu até busquei na internet esses guias mas não vou te esconder que eu não baseio muito neles (E14).

Aqui não tem um protocolo. A gente faz a visita e eu dou o máximo que posso para ajudar a família, ajudo a marcar um exame, pedir uma fisio, uma nutri, uma fono, o que a mãe precisa ou o bebê precisa. Eu tento conseguir um clínico, tento arrumar muito um ortopedista, arrumei a neuro e cirurgia, é muito difícil. É isso, a gente não tem um protocolo, segue o protocolo da captação, mas os outros eu não sigo (E21).

[...] da questão dos pacientes que são traqueostomizados eu até fiz um, não é um impresso, mas um material que eu fui coletando de outros materiais e fui juntando, que eu sigo mesmo, sigo a ordem, para dar essa questão de cuidados com o paciente traqueostomizados, mas em termos de cartilha ou POP a gente não tem não (E22).

Estes achados apontam para uma tática, de “burlar” o normatizado devido às situações rotineiras e necessidades específicas não contempladas nos protocolos e diretrizes. O contexto de vida do usuário no domicílio é um processo de cuidar complexo e há necessidade de mudança nas práticas profissionais, nos modelos de atuação e na organização do serviço, o que amplia a oferta de procedimentos (SILVA et al., 2019). A realidade da atenção no domicílio, muitas vezes, exige adaptações, chamadas de táticas, que ressignificam o lugar com novas maneiras de fazer.

Para responder à demanda de situações de violência que permeiam o cotidiano dos profissionais de saúde da AD, os profissionais fazem uso das estratégias existentes no serviço de AD, mas, também, adotam táticas, considerando a ausência de definições de ações específicas para algumas situação de violência que podem acontecer na AD. Estudo aponta que são adaptações do modelo assistencial articuladas para prestar o cuidado ao paciente. Não se aceita só a reprodução da norma como criada, que se mostra insuficiente, e as ações, na prática, são ressignificadas em cada fazer e em cada cuidado promovido em um fazer diferente do preconizado (RATES et al, 2019). Os profissionais dominam os lugares a partir da observação para controlar, prever e antecipar leituras do território (RATES et al, 2019).

O cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da AD é permeado de práticas que podem burlar as diretrizes. Isso acontece por situações que não se encontram nos livros e que, muitas vezes, os profissionais de saúde precisam criar maneiras de fazer no seu cotidiano para lidar com as situações existentes. Portanto, o cotidiano de trabalho é construído por sujeitos que moldam uma ordem própria do lugar, constroem seus movimentos, e (re)inventam seus modos de produção do cuidado (RATES et al., 2018).

Diante de situações de conflito e desconforto no trabalho, os achados apontam um desejo de fuga, afastamento da fonte de conflito na hierarquia da organização.

É a gente só se relaciona com a coordenação em casos extremos porque tirando isso, a gente prefere, é o que a gente fala com frequência, prefere desaparecer para ver se ninguém enxerga. Então é ficar em paz, porque a vontade que a gente tem é de sair, de pedir uma transferência (E13).

Alguns profissionais relataram violência interpessoal que acontece no trabalho. Alguns preferem utilizar a tática de se distanciar das pessoas ou como alternativa, as pessoas em conflito são mudadas na escala de pessoal do dia conforme observado. Os profissionais de saúde relatam evitar que esse tipo de situação aconteça para que não haja interferência na dinâmica de trabalho em benefício do paciente. A tática que possibilita sua mobilidade, reordena os espaços (lugar vivido) por meio da atribuição de novos sentidos e novos significados nas práticas cotidianas (CERTEAU, 2014).

Um estudo realizado com 345 participantes (médicos, enfermeiros e paramédicos) buscou analisar a relação entre violência no local de trabalho, stress ocupacional e desempenho sustentável do trabalho. Identificou que o assédio reduz o moral dos funcionários, o que diminui o desempenho no trabalho, reduz a produtividade, aumenta os níveis de stress, ansiedade, depressão e irritabilidade e aumenta o baixo envolvimento e ausências do trabalho. A perseguição no local de trabalho cria uma imagem ruim e traz

toxicidade entre os colegas. Portanto, as organizações precisam construir uma cultura em que os funcionários possam estar na sua melhor condição (RASOOL et al., 2020).

Diante de situações de violência, os profissionais de saúde utilizam o diálogo como tática para solucionar a situação entre familiares no seu cotidiano de trabalho.

Eu, na minha conduta profissional, na situação que eu presenciei, de ver a pessoa xingando eu tentei um pouco chamar a atenção da pessoa, falando fulano não fala assim na frente dele, ele está escutando. Tentei, fazê-lo parar, incentivar a não fazer, porque era um paciente que estava acamado, grave, vegetativo. Porém, não quer dizer que ele não estava entendendo o que a gente estava falando, tentei mostrar que fazendo aquilo, o paciente poderia estar entendendo o que ele estava falando (E2).

A equipe que eu trabalho, tem pessoas que tem um diálogo muito bom, que dão uma assistência psicológica, vamos dizer assim, porque a partir da hora que você dá um suporte psicológico de conversa, de ouvir, você minimiza o problema [...] (E9).

A gente discute em muitos casos aqui no YYY principalmente, a gente conversa com a assistente social “Tal paciente está parecendo que a família não está cuidando, a família está cuidando errado, vai lá olhar o que tem”. A gente fala com a enfermeira “não está fazendo direito, parece que a ferida... não está fazendo como a gente falou”, sempre a gente comunica com as outras profissões (E11).

[...] a gente discute, sempre discute qualquer tipo de violência neh, se é com a gente, se é com os familiares, se é com o doente, nunca deixa passar nada (E23).

Todo mundo tenta ajudar. Pelo menos aqui é assim. Todo mundo tenta ajudar da melhor forma, chega aqui a gente conversa muito, então tenta sempre chegar numa conclusão “E aí, o que que eu faço? faço um relatório? geralmente é o que a gente faz, é anotar em prontuário tudo que aconteceu pra ficar registrado (E26).

Percebe-se dois tipos de comunicação, o diálogo utilizado com a família e o diálogo com a equipe. O diálogo com a família se diferencia como um suporte de orientações e direcionamento técnico e emocional, dependendo da situação vivenciada pelo profissional de saúde. Durante as visitas domiciliares o diálogo acontece mais com enfermeiros e médicos que utilizam o diálogo para minimizar as situações de violência que acontecem no cotidiano de trabalho.

Os diálogos construídos são astúcias para criar as intencionalidades recomendáveis na tentativa de resolução das situações e aceitas nas interações entre os profissionais estabelecidas no cotidiano de trabalho da AD (CERTEAU, 2014). A comunicação entre os

profissionais de saúde para discussão das situações de violência foi observada e relatada pelos entrevistados. A discussão acontece entre uma casa e outra, durante os trajetos, e/ou quando retornam à sede da equipe.

Estas práticas são semelhantes aos achados de outro estudo que apontou o diálogo e vínculo como elementos de cuidados, além de ações coletivas e discussões por meios de atividades grupais como potencializadoras da promoção da saúde individual e coletiva em situações de violência (COSTA; LOPES; SOARES, 2012).

Os profissionais de saúde relatam situações de violência no território de trabalho, como assaltos e abordagem de intimidação. No local de trabalho da equipe, no hospital ou UPA, os profissionais de saúde relatam furto de dinheiro dos seus pertences por outros colegas de trabalho ou pacientes. Os profissionais de saúde relataram que saem com a carteira e celular para fazerem as visitas, mas que, ao mesmo tempo, possuem desconfiança com colegas e o receio de serem assaltados novamente no trajeto ao domicílio do paciente.

No cotidiano de trabalho da AD, os profissionais utilizam o ato de esconder bens materiais e dinheiro devido a furtos entre profissionais e roubo em assalto no território das visitas. Esta tática se constrói pelo cotidiano imposto de situações de violência entre os trabalhadores e território, tornando a AD, na perspectiva de um espaço de táticas devido a situações circunstanciais.

Os profissionais relataram situações atípicas no seu cotidiano de trabalho relacionado a sensibilização sobre situações de desigualdade social das famílias visitadas.

Quando eu me deparei, falei “Gente, eu não quero ficar passando por isso” e aí eu fui para casa refleti, tentei ajudar, coloco sempre o dinheiro no bolso quando eu saio e se precisar de ajuda desse jeito eu ajudo. Eu os orientei que por mais que a situação financeira esteja difícil tem que dar um jeito de plantar alguma coisa, pois era uma casa que tinha quintal com árvores. Pode criar uma galinha, dar um jeito pra resolver aquela situação, o que mais me afligia naquele momento era a fome dela (E5).

Você dá de cara com o social, às vezes você vê umas coisas que você pensa, meu Deus eu vou ajudar, isso porque você fica com tanta dó do paciente e da situação que você as vezes até se envolve, então é muito complicado (E10).

Os achados apontam que os profissionais se sensibilizaram com a situação financeira da família e que, em algumas situações, ajudavam financeiramente ou se organizavam para doações de roupas e alimentos. Trata-se de um cotidiano permeado por desigualdade social e o profissional de saúde se torna o sujeito que quer ajudar. É o profissional de saúde atuando além do estabelecido pela estratégia. Na perspectiva de Certeau (2014), ele se torna astucioso

na maneira de pensar em alternativas para as situações circunstanciais para minimizar os impactos que a violência social pode acarretar a um paciente e a família.

De organização familiar, de muitas vezes ter que definir o cuidador, muitas vezes ter que entrar em uma questão íntima da família. Vou te dar um exemplo, você não está tendo tempo, não está tendo condições, então tem que ser fulano que vai assumir esse cuidado, ou então a gente tem que fazer uma planilha de divisão, fulano fica de dia e ciclano fica de noite (E4).

Eu começo com conversas amenas, perguntando como você acha que dá pra fazer, você acha que da pra gente estabelecer os horários, a gente fazer tabela de horários, a gente começa assim. Aí passa 15 dias, cê vê que nada aconteceu, as coisas não tão sendo cumpridas (E36).

E a partir da hora que envolve vários outros fatores, que a gente, às vezes, nem tem que participar mas na hora que entra o serviço social para dar as orientações de benefícios, de curatela, quando envolve outras situações, principalmente financeiras, normalmente gera conflitos e a gente tem que entrar para orientações, para tentar amenizar porque os problemas no cuidado é a parte que perde e é sempre o paciente, seja qual for o fator, mas o paciente é sempre a parte mais frágil da situação (E37).

Os profissionais de saúde relatam situações de intervenção na dinâmica familiar, em resoluções de conflitos familiares e definindo o responsável para ser cuidador. Relatam situações de encontrar a casa suja e muitas vezes para iniciar a consulta domiciliar, ter que realizar a limpeza do local. Os profissionais de saúde atuando na resolução de conflitos familiares, reinventam o seu cotidiano em situações circunstanciais e não somente a assistência clínica.

Quando questionados sobre o que faziam diante das situações de violências percebidas, alguns profissionais direcionam seus relatos a um profissional específico para a resolução dos casos.

Assistente social na hora. É a assistente social, a gente nem questiona, passa para assistente social que resolve, chama a família e resolve com a família. As vezes chama o conselho tutelar ou mesmo o Conselho do idoso (E3).

Geralmente passa por XX, para o assistente social pra conversar com a família porque se não seguir ai é alta administrativa (E8).

O assistente social foi o profissional de saúde mais citado para a resolução das situações relacionadas a questões sociais e quando envolviam violência. Os achados apontam que a atuação das assistentes sociais em situações de violência percebidas é importante para resolução dos casos, intermediação de conflitos e determinante para a alta administrativa quando há risco para equipe.

Muitas vezes a gente quando depara com uma situação extrema a gente comunica pro serviço social pra ela poder ta indo dar uma olhada e ver se encaminha pro conselho e tudo (E20).

Mas eu não pensei que ali eu poderia ter feito alguma coisa mais incisiva. Nós por termos a assistente social na equipe a gente fica parecendo que sempre está delegando a ela e que talvez seja um papel mais forte, mas não, eu não possa fazer essas intervenções. Então agora estou percebendo que talvez eu já tenha sido omissa e poderia ter feito alguma coisa (E39).

A gente tenta orientar, dando conselhos, se caso persistir a gente aciona o serviço social que aí ela vai tomar as iniciativas (E34).

Os profissionais relataram dificuldade de perceber uma situação de violência quando não é física, o que pode comprometer os cuidados domiciliares e segurança do paciente. Isso pode acontecer por razões diversas. Os profissionais apresentam dificuldades para identificar a violência praticada e assim, as medidas protetivas podem não ser adotadas em sua prática na AD (MAIA et al., 2019).

Maus tratos é mais difícil a gente identificar essas situações, pontualmente. Quando a equipe está ali semanalmente, naquela rotina pode observar melhor. Agora negligência a gente tem a noção e pode estar intervindo de alguma forma, dando um toque, a gente pergunta: porque está assim? E pode acionar membros da equipe ou da rede que possam ter uma atenção para esse tipo de caso. Esses casos que a gente observa, identifica, normalmente é paciente que está em situação precária de higiene, situação precária de cuidado, abrindo ferida, está atrofiando cada vez mais. A gente percebe pela relação que ele está sendo negligenciado, apesar de ser orientado. Então, a gente repassa sempre com a equipe e sempre tenta dar um toque ou abordar de alguma forma (E25).

Os achados evidenciam que, com as situações de violência percebidas, há um cotidiano que cria movimentos e inventa um fazer além das estratégias, que não se concentra somente em um profissional de saúde na resolução da situação. E que esse profissional pode não estar preparado para lidar com situações de violência e reinventam o cotidiano para lidar com a situação.

A comunicação entre os membros da equipe quando é identificada uma situação de violência aparente, se concentra na discussão do caso e na busca de outros órgãos que possam ajudar na resolução das situações onde o paciente está em risco. Os profissionais relatam que tentam intervir no cotidiano de alguma forma ou repassam a outros profissionais ou instituições que possam ajudar.

Violência comigo precisa ver se tem uma testemunha, não posso estar sozinha de jeito nenhum nessa hora. E manter a calma e tentar esclarecer para a pessoa o motivo pelo qual a gente está ali e que ela é livre para aderir ou não (E32).

Quando há uma violência percebida pela a equipe, os profissionais relatam uma abordagem de cautela e diálogo sobre os cuidados que serão realizados e quando há risco para equipe a alternativa é alta administrativa para o paciente ou não adesão de acordo com os critérios de admissão do SAD. Em alguns casos há estratégias definidas de não adesão do paciente ao SAD ou alta se já estiver na AD. O relato mostra o cuidado do profissional em ter testemunha, caso venha a ser acusado, principalmente quando este mora em região de alta vulnerabilidade, adotando novas maneiras de fazer no cotidiano. Nesta situação o paciente é direcionado a unidade de saúde da Família para acompanhamento de AD1.

Os profissionais de saúde que trabalham na AD visitam casas de diferentes níveis sociais. O lugar da AD é marcado por ruas, avenidas, vielas, becos e até lugares que eles têm que se mobilizar caminhando porque não tem como entrar veículos. O motorista da van é considerado um membro pela equipe por conhecer o trajeto e é ele que organiza a rota de visitas diárias. Neste trajeto da equipe há que se considerar, na perspectiva de Certeau (2014), as diferenças entre mapas e percursos. Os mapas seguem o modelo (estratégia), ditam uma ordem espacial que organizam um conjunto de possibilidades (CERTEAU, 2014). Neste estudo, o mapa representa o roteiro que os profissionais e a van devem percorrer. No entanto, as dificuldades para adentrar no território pode levar à adoção de deslocamentos diferentes do previsto na estratégia. Os percursos são deslocamentos necessários na prática que podem alterar a espacialidade do mapa, como desvio da primeira alternativa para se chegar ao local. O caminho em situações não previstas, são percursos necessários em estreita ligação com as táticas (CERTEAU, 2014).

A gente tem que pedir para entrar no lugar! perguntam aonde vocês vão? tipo, você tem que se identificar, falar que é Fulano de tal que mora em tal lugar e lembra do vizinho ne? coisa assim. E aí eles vão pensar... ah pode ir, porque fica olheiro mesmo, beco, tem locais que a gente já vai preparado, se for de Uber, a gente não vai. O carro já fica mais perto, placa de identificação, fala com o motorista, porque já houve várias situações, graças a Deus, nada de fatal, mas assalto já teve (E15).

Quando você entra dentro da favela, você fica um pouco presa lá dentro, porque as saídas das favelas não são de fácil acesso (E16).

A gente já teve casos de risco, da gente achar que o lugar estava difícil, então a gente volta e aciona, principalmente final de semana, a coordenação, a enfermeira ou assistente social. Ai eles veem a providencia a ser tomada, se vai reinternar a criança, ou procura ver como fazer. Durante a semana a equipe toda volta para trás e eles acionam a assistente social e ela aciona o conselho tutelar e fala que a gente não tem condição de atender, poque a área é perigosa (E17).

A gente tem dois motoristas que são da região então eles meio que iam falando pra gente, né, esse lugar melhor ir tal horário, esse lugar é mais perigoso, alguma coisa assim (E30).

Os profissionais de saúde relataram dificuldades de acesso a lugares perigosos, de alta vulnerabilidade ou comunidades onde há tráfico de drogas e que podem ser impedidos de entrar, principalmente, em determinados horários ou negado acesso da visita a uma casa específica. Pode não acontecer a visita no momento e acionar outros profissionais para intervir na situação. Há elevados riscos para os profissionais e o paciente fica sem assistência da AD, em decorrência dos acontecimentos na comunidade.

Esses achados são observados em outros estudos quando a violência interfere no processo de trabalho, se torna um entrave para os profissionais da saúde que atuam no serviço, dada a característica do cuidado a ser prestado diretamente na comunidade, no domicílio, expondo o profissional a ambientes violentos (VELLOSO; ARAÚJO; ALVES, 2011; POLARO ; GONÇALVES ; ALVAREZ, 2012).

Essa segunda vez foi agora mais recentemente. A gente chegando na porta do paciente e presenciando um assalto, o cara rendeu a moça com o carro e apontou a arma pra gente também, mandou nós ficarmos na nossa, quietinhos. A gente ficou sem saber o que fazer, de repente começamos a pensar, pegamos o telefone, chamamos a polícia, pedimos acesso, uma ajuda. Nisso a gente acabou sendo feliz ao conseguir contatar a polícia e eles foram atrás dos meliantes, pegaram eles, recuperaram o carro e tudo (E6).

Isso ficou tão rotineiro pra gente, a gente não faz nada não, a gente comenta entre a gente, aquele lugar ficou tão, aconteceu isso, isso, aquilo, pra equipe ir lá mais precavida[...] (E18).

Nós já tivemos casos que não era possível entrar na casa da pessoa, porque as vezes a pessoa mora em um beco, em um lugar muito perigoso, nós já tivemos situação de ter que combinar com a pessoa um lugar mais seguro para encontrar com a equipe, quando isso é possível (E19).

A gente tenta remanejar o horário , caso for antibiotico [...] se não conseguir remanejar horário, a paciente tem que voltar pro hospital tem que ser internado justamente por conta disso, por causa do acesso (E33).

O lugar da AD se concentra em áreas de alto risco e de periculosidade, onde conforme as estratégias, os profissionais de saúde devem estar identificados, com vestimenta, crachá e van identificada com a logo do SAD. As situações de violência nas comunidades têm interpretações diversas e sinalizam sempre risco nas quais cada um procura se defender como pode no cotidiano. A efetividade da assistência é desafiada pela violência e os usuários

necessitam ter clareza das possibilidades e limitações de atendimento (VELLOSO; ARAÚJO; ALVES, 2011).

Eu falo que se ele tivesse sido um pouco sensato, se identificado, nós somos de tal lugar, a gente esta indo ver fulano de tal, porque eles conhecem todo mundo, ne? parado, e depois pode ir (E28).

O próprio motorista eles se preocupam com a gente, a gente não vai sozinha ne, evita, é proibido fazer visita sozinho, sempre vai de dupla e sempre quando quando o motorista percebe que o local é meio assim, se atrasa eles batem no portão, eles ligam pra gente, se vê que a demora ta fora do normal eles tem uma preocupação [...] agora o respaldo total ta nas mãos de Deus [...] (E35).

Os achados evidenciam que os profissionais de saúde vivenciaram situações de violência no trajeto por falha na identificação para passar por controle de pessoas da área devido ao tráfico de drogas. Em determinadas áreas, deve haver a identificação para se evitar este tipo de abordagem.

Uma profissional de saúde relata que um paciente (traficante de drogas) pediu para atendê-lo em um determinado ponto da rua porque ele não queria que a equipe entrasse em sua casa.

[...] já tivemos esse tipo de situação, a residência era em um lugar tão perigoso para a equipe que não dava para descer, ou então, o próprio paciente falava que não queria, que não poderia receber a gente em casa, [...] então ele marcava um ponto de encontro em uma rua principal dessa favela, e no horário combinado, ele nos aguardava lá, para nós fazermos o atendimento, e durante muitos dias, [...] muitas vezes a gente atendia e ele estava drogado, mas já era uma situação do contexto dele, de tráfico de drogas (E29).

A utilização do lugar “ponto de encontro na rua” para a realização dos atendimentos leva-nos a pensar na tática que subverte o lugar, que não se circunscreve à normatividade que é o profissional de saúde realizar o atendimento em domicílio (CERTEAU, 2014).

Os achados apontam a precaução e programação das visitas em horários específicos para área de alta vulnerabilidade e risco por ser região de tráfico de drogas, o agendamento acontece para a parte da manhã ou até as 16 horas. Há uma ligação para o cuidador para saber como está a área no dia e se é necessário liberação para entrada na comunidade e não são realizadas as visitas nas sextas após as 16 horas e finais de semana.

Estes achados são semelhantes aos encontrados no estudo realizado no Rio de Janeiro com agentes comunitários de saúde. Para as visitas domiciliares, as rotas são organizadas com base no contexto do território, levando em conta conflitos entre gangues e entre gangues e a

polícia. As rotas estão sempre em movimento, tecendo espaços devido as situações circunstanciais, o que torna um cotidiano de táticas diariamente em um lugar praticado (BELLAS et al., 2019).

As táticas impõem-se na necessidade do cotidiano de apropriação de lugares diante da necessidade dos profissionais de lidarem com um espaço de risco por território de alta vulnerabilidade. Os espaços criados pelas táticas são, as práticas de um lugar, assim, as táticas não podem ser pensadas sem um lugar (JOSGRILBERG, 2005; CERTEAU, 2014).

Quando o risco é percebido pela equipe na captação do paciente, a coordenação orientou aos profissionais que o paciente não fosse admitido ao SAD, tornando o risco um critério de exclusão.

As maneiras de fazer no cotidiano da AD em situações de violência apontam acontecimentos diversos em relação a assistência aos usuários, aos profissionais de saúde e ao território. Neste contexto, os profissionais de saúde atuam de forma astuciosa adotando novas maneiras de fazer no cotidiano em relação a situações de violência entre profissionais, de usuários para profissionais e de território.

Conclusão

O cotidiano dos profissionais de saúde da AD em situações de violência é balizado por estratégias que normatizam e padronizam o seu fazer e possui táticas que reinventam este espaço tornando-o um lugar praticado.

Por meio da perspectiva de Michel de Certeau, ao utilizar as estratégias e táticas, lugar e espaço, mapas e percursos para descrever as práticas dos profissionais da AD em situações de violência, é possível apontar maneiras de reinvenção do cotidiano pela ação dos sujeitos diante de situações de violência entre os profissionais, de usuários para os profissionais, entre família e usuário e no território. A partir de situações de violência, os profissionais de saúde são pressionados a reinventar este cotidiano por meio de práticas de cuidados que respondem as demandas dos usuários e serviço.

O estudo possui a limitação de ter sido realizado em apenas um serviço de Atenção Domiciliar, desta forma, são necessários outros estudos que possam contribuir na descrição das práticas cotidianas dos profissionais de saúde da AD diante de um fenômeno complexo que é a violência.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- CASTRO, E.A.B. et al. Organização de atendimento domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2016-0002, 2018.
- MAIA, M.A. et al. Práticas profissionais em situações de violência na atenção domiciliar: Revisão integrativa . **Ciencia & Saude Coletiva** , Fev, prelo, 2019.
- CERTEAU MA. Invenção do cotidiano: artes de fazer. 15ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
- YIN RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ed. Porto Alegre: Bookman; 2014.
- MINAYO, C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- MINAYO, MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v.5, n.7, p.1-12, 2017.
- FRY, M., et al. Using observation to collect data in emergency research. **Australas Emerg Nurs Journal**, v.20, n.1, p.25-30, 2017.
- BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- SILVA K.L. et al. Trajetória política da Atenção Domiciliar em Minas Gerais. **Rev Min Enfermagem**, v.23, e-1155, 2019.
- RATES, H.F. et al. Cotidiano de trabalho em enfermagem sob a ótica de Michel de Certeau. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Fev , v.72, Suppl.1, p.341-345, 2019.
- RATES, H. et al. O (in)visível no cotidiano de trabalho de enfermeiros no acolhimento com classificação de risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, 5 dez. 2018.
- RASOOL, S.F. et al. Sustainable Work Performance: The Roles of Workplace Violence and Occupational Stress. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.17. n.3, p.912, 2020.
- COSTA, M.C.; LOPES, M.J.M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Oct , v.46, n.5, 8 p., 2012.

JACCOUD, M; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: NASSER, A.C.A; POUPART, J.; PIRES, A. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4.d. Petrópolis: Vozes, p. 254-294, 2014.

VELLOSO, I.S.C.; ARAÚJO, M.T.; ALVES, M. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência. **Acta Paul Enfermagem**, v.24, n.4, p.466-71, 2011.

POLARO, S.H.I.; GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto – enfermagem**, Dec , v. 22, n. 4, p. 935-942, 2013.

BELLAS, H.C. et al. Effects of Urban Violence on Primary Healthcare: The Challenges of Community Health Workers in Performing House Calls in Dangerous Areas. **Journal Community Health**, jun, v.44, n.3, p.569-576, 2019.

JOSGRILBERG, F.B. Cotidiano e invenção: os espaços de Michel de Certeau. São Paulo: escritura Editora, 2005. 147p

4.5 Manuscrito 4: Sentimentos profissionais diante de situações de violência na atenção domiciliar

Resumo: A violência é um fenômeno complexo e com múltiplas determinações. A abordagem do problema pode despertar sentimentos frente a situações de violência que dificultam a atuação dos profissionais de saúde da Atenção domiciliar (AD). O estudo objetivou compreender os sentimentos dos profissionais de saúde e seu trabalho na Atenção Domiciliar diante de situações de violência percebidas. Este estudo configura-se como um estudo de caso único de abordagem qualitativa. Foi realizado com 39 profissionais de saúde da do Serviço de AD em Contagem, Minas Gerais. Para a análise, utilizou-se o método de codificação e categorização temática de Bardin. Os resultados evidenciaram duas categorias centrais: Sentimentos dos profissionais de saúde da AD diante de situações de violência e Trabalho na AD diante das situações de violência. Os profissionais demonstraram dificuldades frente as situações de violência como medo, tristeza e frustração frente aos casos, além de refletir sobre o seu fazer cotidiano e como pessoa. Considera-se que a violência atinge o profissional de saúde na questão emocional , além da reflexão sobre as situações de violência no seu cotidiano de trabalho.

Palavras chaves: Assistência Domiciliar, violência, emoções

Keywords: Home Nursing , violence, emotions

INTRODUÇÃO

A violência é um problema de Saúde Pública e social, caracterizada por atos intencionais que objetivam prejudicar ou causar danos a si, aos outros ou a um grupo, podendo envolver o uso da força física e/ou as relações de poder. As ações de violência podem resultar em danos físicos, como a redução de mobilidade ou autonomia da vítima devido a lesões físicas; danos psicológicos, como baixa autoestima e ansiedade; e danos sociais, como dificuldades interpessoais, prejuízos acadêmicos e laborais (MINAYO et al., 2018; IPEA, 2019)

A Atenção domiciliar (AD) está incluída na Rede de Assistência à Saúde com ações de gestão e assistenciais integradas a fim de que sejam resolutivas no cuidado prestado ao paciente. Torna-se um desafio, visto que há um deslocamento do cenário assistencial para o domicílio. Os profissionais podem se deparar com situações de violência que interferem no

seu trabalho e que podem não ser percebidos, resultando em prejuízos na sua atuação em várias áreas. (CASTRO et al., 2018; MAIA et al., 2019).

Estudo realizado no Rio de Janeiro com 18 profissionais da saúde teve como objetivo identificar as situações de violência no cotidiano de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e descrever as condutas adotadas frente a situações de violência identificadas. Os resultados apontaram violência interpessoal, violência armada no território, discriminação racial, violência entre os pares e violência doméstica (FLÓRIDO et al., 2020).

A violência vivenciada pelo profissional de saúde da AD pode acarretar sentimentos que prejudicam a prática cotidiana na assistência ao paciente e as relações interprofissionais. Para lidar com as situações de violência no cotidiano de trabalho, os profissionais da AD criam maneiras de fazer para lidar com este desafio diante de um cenário multifacetado. Estratégias e táticas cotidianas se tornam componentes de um espaço organizado, práticas de homens comuns no cotidiano. Para Michel de Certeau “O cotidiano é aquilo que nos é dado (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente” (CERTEAU, 2014, p31), no qual cada um tem sua intencionalidade, sua vivencia, o seu fazer estimulados por situações circunstanciais.

A violência no trabalho interfere diretamente na saúde e no cuidado exercido pelo profissional de saúde, que muitas vezes é impedido de percorrer o território e sofre diariamente com a violência imposta (FLÓRIDO et al., 2019).

Considerando que o significado de violência é construído social e culturalmente pelos indivíduos, o enfrentamento da violência pode ser diferente para os profissionais de saúde surgindo sentimento diversos. Desta forma, tendo em vista a complexidade que é a violência, é necessário aprofundar a discussão sobre os sentimentos dos profissionais da AD diante as situações vivenciadas, visto que atuação profissional pode ser prejudicada refletindo na assistência ao paciente (MINAYO; SOUZA; SILVA, 2018; MAIA et al., 2019).

Neste contexto, o objetivo do estudo é compreender os sentimentos dos profissionais de saúde e seu trabalho na Atenção Domiciliar diante de situações de violência percebidas.

MÉTODOS

Este estudo configura-se como um estudo de caso único de abordagem qualitativa. (MINAYO, 2017). Os dados foram coletados no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Contagem no período de 2 de setembro a 7 de dezembro de 2018.

A amostra foi intencional, composta por 72 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e

terapeutas sociais. O critério de inclusão do estudo foi: Profissionais de saúde vinculados ao SAD por mais de 04 (quatro) meses; e critérios de exclusão: Profissionais de saúde recém-contratados, de férias ou licenciados no momento da coleta de dados.

Todas as equipes do SAD e seus profissionais foram convidados a participar da pesquisa. Dos 72 trabalhadores de saúde, 39 participaram da pesquisa, tendo em vista que 15 pessoas estavam afastadas do trabalho por motivo de férias ou doença e 14 pessoas afirmaram não estarem sujeitas a situações de violência e 04 (quatro) pessoas se recusaram a participar.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevista e observação. As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo no local de trabalho e audiogravadas mediante autorização. As entrevistas foram realizadas após informações sobre a pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma para o participante e outra que ficará sob a guarda do pesquisador.

A entrevista foi conduzida por meio de um roteiro semiestruturado com duração média de 40 minutos e realizadas as seguintes perguntas: Fale-me sobre o seu dia a dia de trabalho na Atenção Domiciliar; Descreva os protocolos e guias para o trabalho na AD e sua utilização pela equipe; Que tipo de violência já ocorreu em seu trabalho? Quando se depara com situações de violência, o que tem feito para solucionar ou encaminhar a situação?; Como é o trabalho do profissional da AD diante de situações de violência contra o profissional ou o paciente?

As entrevistas foram transcritas na íntegra, sendo verificada a exatidão das transcrições, confrontando-as com gravações. Cada participante recebeu um código para garantir o anonimato (E1, E2, E3,...) (MINAYO, 2017). Os nomes de pessoas e estabelecimentos de saúde foram substituídos por “YYY”.

Para complementar as informações das entrevistas, também foi realizada observação, no local de trabalho do hospital ou na Emergência e nas visitas domiciliares pela pesquisadora. No período de coleta de dados, foi possível conhecer o trabalho das equipes e perceber os desafios cotidianos dos profissionais. A observação nos cenários da AD totalizou 298 horas de observação e 270 visitas foram realizadas.

Para armazenamento de dados, o processo de codificação e a validação da codificação, utilizou-se o software MAXQDA® versão 12.2. O software MAXQDA© 12.2.0 consiste em um programa de análise de dados de pesquisa qualitativa, quantitativa e métodos mistos, que permite ao pesquisador melhor organização e sistematização dos dados e contribui para a otimização do processo de construção de categorias, codificação dos textos, análise e apresentação dos resultados (VERBI SOFTWARE, 2016).

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo na modalidade análise categorial temática com base no referencial de Bardin (2011), seguindo os três polos: 1) pré-análise, 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos achados. Na Pré-Análise, ocorreu a leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação das hipóteses e objetivos, elaboração de indicadores e preparação do material. Esta análise possibilitou aprofundar a compreensão dos sentimentos que a violência desperta nos profissionais de saúde da AD.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o Parecer 2.912.563, de 10/09/2018, tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes manifestaram anuência com a pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sentimentos dos profissionais de saúde da AD diante de situações de violência

Diante das situações de violência, os entrevistados relatam as dificuldades encontradas na prática profissional na AD e como elas podem influenciar sua atuação. Percebe-se que há uma reflexão sobre os seus valores e baixa estima diante de uma situação de violência.

É muito complicado, é isso eu me sinto, quando fazem isso comigo, eu me sinto nada, um zero, eu fico repensando os meus valores, a minha postura, a minha profissão (E1).

Nossa, fiquei triste demais. No início eu não saía com dinheiro no bolso eu até batia a mão no meu bolso que se eu tivesse dinheiro na hora eu dava pra ela comprar alguma coisa mas eu não tinha nada, com medo de ser assaltado, de outra violência, ser assaltado na rua como teve dois casos que os meninos foram assaltados. A gente sai geralmente sem carteira então eu fiquei com uma sensação de impotência na hora ali (E5).

Ficou muito assustado, todo mundo ficou assustado [...] (E25)

O sentimento de tristeza e impotência diante de situações em que pudesse intervir de alguma maneira foi relatado, mas foi impedido pela precaução diante de outro tipo de situação de violência anterior vivenciada pela equipe e que poderia acontecer de novo. Na perspectiva de Certeau (2014), são situações circunstanciais que caracterizam o espaço da AD e o

profissional de saúde busca maneiras de agir neste cotidiano que apresenta uma violência multifacetada.

Em relação ao profissional de saúde, a violência no trabalho afeta diretamente a qualidade de vida do profissional que atua diretamente com usuários com problemas complexos, por vezes impossibilitados de denunciar as situações vivenciadas (Nowrouzi-Kia, 2017). Os entrevistados relatam que a frustração é um sentimento que surge quando se deparam com alguma situação de violência.

A frustração como sentimento reflete no profissional de saúde que se sente incapaz por não obter algo que deseja e não ver realizadas as suas expectativas em relação a determinada pessoa ou situação. Além disso, uma atuação superficial, fragmentada e pouco resolutiva pode ser o reflexo do medo de represálias e o sentimento de impotência dos profissionais (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

A equipe quando por algum motivo sofre algum tipo de violência, algum tipo de maus tratos, é aquela situação de frustração, de você muitas vezes estar tentando fazer o melhor, no domicílio, invadindo a intimidade, tentando resolver para o paciente e muitas vezes sofre essa agressão verbal e psicológica, então a equipe sempre sente uma frustração (E9).

É um desafio muito grande assim as vezes a gente vai pra casa frustrada (E17)

Frustração. Eu acho que é a palavra que melhor define é frustração, porque a gente se doa muito, a gente se organiza muito, tenta fazer sempre o melhor, sempre, nunca houve meio termo, sempre foi feito o melhor para que a assistência daquele paciente fosse prestada da melhor forma e o retorno nem sempre é da melhor forma que a gente espera (E19).

Eu já senti medo de entrar em alguns locais, por exemplo favelas, eu já vi pessoas traficantes, pessoas armadas (E35)

O cotidiano da equipe de AD é circunscrito por elementos que se caracterizam por prestar uma assistência de qualidade ao paciente e orientações necessárias a família ou cuidador para adequação dos cuidados em domicílio. Em algumas situações, a equipe ou profissional de saúde de depara com situações que não está preparado, como agressão verbal ou psicológica que pode vir de um cuidador/familiar ou do próprio paciente.

Estas evidências corroboram outro estudo em que surgiu os sentimentos de medo, frustração, apatia, 'sensação de impotência', como também sofrimento psíquico dos profissionais que vivenciam situações como exposição, além do esgotamento profissional (FLÓRIDO et al., 2019)

Os entrevistados relatam que as situações de violência percebidas causam sentimentos diversos, como sofrimento, pavor, medo, tristeza e refletem sobre este cotidiano que pode levar a saúde mental prejudicada pela situação de violência sofrida.

Nossa, é um pavor. A gente não sabe o que que pode acontecer [...] (E6)

Muito triste também, muito sensibilizado (E10)

Eram umas situações assim, de muita tristeza mesmo. Eu acho que isso deve afetar a gente psicologicamente um pouco, só que a gente sabe sair fora disso, mas você fica um tempo pensando naquilo, bem comovida, eu acho que tem que ter um coração muito de pedra para não ficar sensível (E21)

Emoções variadas, é de raiva, é de medo, é de desânimo, tem dia que dá, tem dia que você fala de querer mudar de área, querer ficar em outra situação (E24)

É tenso né?, é uma situação de sofrimento mesmo para o profissional porque gera insegurança, gera medo, eu acredito que pra saúde mental do profissional é muito ruim, mas é a área que a gente escolheu pra trabalhar e não tem outra, eu não vejo outras saídas assim (E39).

O profissional de saúde relata o medo diante das situações de violência no seu trabalho, mas compreende que aquela situação pode ser rotineira, o que significa certa conformidade por não haver perspectiva de mudança. Essas repercussões da violência na saúde mental dos profissionais direcionam para a necessidade de espaços em saúde que promovam o cuidado no atendimento contínuo às demandas emocionais que são essenciais para superação do adoecimento mental que nesta situação necessita-se cuidar de quem cuida (CARNEIRO et al., 2017)

Os profissionais de saúde descrevem que a visita domiciliar deveria ser realizada de maneira que não houvesse situações de violência. Há relatos de profissionais de saúde onde as situações de violência já se tornaram parte do cotidiano. É importante salientar que algumas situações podem ser silenciosas e não serem percebidas por eles.

Eu fico tranquila. Não me assusta não. Eu acho assim também, eles não querem fazer nada com a gente não. Eles só estão mostrando que eles têm a lei deles, que a gente tem que respeitar (E18)

[...] eu não sou uma pessoa que se abala muito com essas situações, então eu acho que já me acostumei com a situação, quando surge algo mais forte, mais representativo, a gente tenta utilizar alternativas, mas já faz parte do meu cotidiano, então eu não me abalo muito, com isso (E31).

O certo eu acho que era ficar em paz, não ter que ser agredido, que ficar tenso, não ter medo de chegar na casa do paciente, quando você vê o endereço que ele te dá você já fala, “nossa naquele endereço, esse é perigoso”, a gente já sabe mais ou menos o que é. Não é agradável, não faz bem pra mim e nem para a equipe, nem pra ninguém, mas cada dia, a gente tem que conviver, é o mundo que a gente está nele, infelizmente o mundo que a gente está, que a gente vive, é o contexto (E34).

As situações de violência fazem parte do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da AD. Há relatos de profissionais que não gostariam de vivenciá-las como há outros profissionais que consideram as situações de violência como comuns no cotidiano. Na perspectiva de Certeau de que “[...] *o cotidiano é aquilo que nos é dado* [...] (2014, pag. 31)”, o profissional de saúde cria maneiras de fazer que ajudem no direcionamento das práticas na assistência ao paciente.

Trabalho na Atenção domiciliar diante das situações de violência

Nesta categoria pode-se perceber que os profissionais começaram a refletir sobre as suas práticas diante das situações de violência percebidas e vivenciadas. O profissional de saúde da AD quando perguntado sobre o seu trabalho na atenção domiciliar se questiona se já passou por alguma situação e que não sabia que poderia ter feito algo ou já está acostumado com a situações do cotidiano.

[...] eu não achava que eu já pudesse ter sido omissos em algumas situações, a gente não faz por maldade, mas tem tanta coisa para você pensar que você não se atenta para alguns aspectos que talvez para aquela pessoa teria sido importante. (E7)

A gente não aprende isso em faculdade, a gente não aprende isso na residência, porque a gente vai aprendendo mesmo é no dia a dia (E26)

O profissional de saúde busca maneiras de fazer no seu cotidiano, para tentar solucionar os problemas decorrentes das situações vivenciadas. As táticas, como novas e inventivas maneiras de fazer além do normatizado, podem ser criadas como alternativas para o caminhar no espaço elaborado.

O trabalho foi percebido como desestimulante dependendo das situações relatadas, por tentar melhorar a assistência ao paciente ou aceitar que a violência está imposta e não ter

outra opção. Há um sentimento de que a violência esta generalizada em qualquer lugar que for trabalhar.

É emocionante, não positivamente, às vezes muito negativamente, [...] , ah não quero mudar de área, ficar em outra situação. Aí a gente observa que estamos em um mundo em que a violência está presente em todo lugar, se eu for trabalhar em banco eu vou enfrentar, se um dia eu for trabalhar atrás de computador, um dia vou enfrentar, em qualquer lugar que eu vá acho que vou enfrentar isso, vou viver isso (E29).

Toda profissão eu creio que tem um risco, pode não ser os mesmos riscos mas tem toda profissão tem um risco, na urgência eu tinha riscos, de ser agredida o tempo inteiro por paciente acompanhante, por que no domiciliar não iria ter? Então de se esperar.(E33)

As situações de violência presentes no cotidiano dos profissionais de saúde podem desencadear frustração com a profissão, mas ao mesmo tempo, o profissional percebe que aquela situação pode ser um fator que o leva a perceber que pode melhorar sua prática. As estratégias estabelecidas para o atendimento em situações de violência não orientam os profissionais a agir diante de situações consigo mesmo, o que o torna vulnerável a situação. Ele pode pensar em outras maneiras de fazer, como mudança de emprego ou cargo, para tentar solucionar sua própria situação.

Todo mundo tenta ajudar. Pelo menos aqui é assim. Todo mundo ajuda da melhor forma. Aqui a gente conversa muito, então tenta sempre chegar numa conclusão “E aí, o que que eu faço? faço um relatório, geralmente é o que a gente faz. Mas também pra se restaurar fora da equipe é mais relatório, anotar em prontuário tudo que aconteceu pra ficar registrado (E11).

Talvez tenha medo de entrar naquelas situações de tentar fazer algo por aquilo, [...] mas quando a gente faz trabalho em equipe e percebe que o contato todo começa a surtir algum resultado e que a gente de repente começa a transformar alguma realidade... nem sempre é possível a abordagem, mas de estar com a equipe, de estar junto, aí a gente sente que vale a pena. Por um lado, é impotência, às vezes frustração que às vezes não dá certo, mas por outro lado é uma esperança por gente intervir um pouco naquela realidade e mudar. [...] (E12).

Muitos profissionais de saúde percebem que atuar diante dessas situações os tornam resilientes na vida pessoal e buscam melhorar a si próprios em relação ao pensamento de vida. Na perspectiva de Certeau (2014), diante das situações circunstanciais, pode-se dizer que para reduzir o impacto da violência o diálogo e o trabalho em equipe tornam-se táticas no direcionamento das práticas cotidianas.

Os entrevistados relatam como é o cotidiano de trabalho na AD e refletem sobre as suas práticas, com atendimento integral e equidade dos pacientes. O serviço de AD, normatizado por meio de estratégias diversas, delimita-se como um lugar próprio que abrange

áreas de baixa a alta periculosidade. Neste estudo observa-se que os lugares estáticos, pré definidos, passam a ser um espaço praticado e vivenciado pelos profissionais no território (CERTEAU, 2014), onde a violência gera insegurança.

[...] eu acho que é absolutamente desafiador acredito que pra todos os profissionais, porque as vezes voce vai entrar numa casa que voce acha que vai ter uma situação já desenhada, tudo certinho e quando vo cê entra é outra [...] (E3)

[...] eu acho que a gente está extremamente vulnerável, mas é o trabalho que a gente também escolhe exercer, a gente sai de dentro do hospital e vai até o domicílio do paciente. A gente está falando de um serviço público de saúde, então eu não posso ter distinção de religião, cor, raça e de domicílio. Alguns cuidados que principalmente os motoristas tem conosco [...], mas a gente não tem segurança para sair de um lugar para o outro (E15).

Infelizmente não tá escrito na testa de ninguém, sou perigoso ou realmente essa é uma ameaça ou se realmente eu quero concretizar, então, a gente fica muito temeroso em relação a isso. É confiar que Deus tá guardando (E26).

Bola pra frente, a gente vai ter voltar lá, a gente tenta lidar com isso da melhor maneira possível (E37)

Apesar de relatarem sentimentos de tristeza, frustração e medo frente a situações de violência, os entrevistados relatam satisfação na atuação profissional na AD. Evidencia-se o reconhecimento profissional como motivação para a continuidade do trabalho. E, ainda, ver a realidade de vida dos pacientes e poder fazer alguma coisa traz satisfação e um sentimento de dever cumprido diante de tantas dificuldades. Estudo aponta que o foco da atenção na visita pode ser pensado além da lógica biomédica do sintoma, do problema, do risco, para ser pensada a partir da perspectiva também da promoção à saúde (ROCHA, et al, 2017) Os profissionais da saúde, podem construir um espaço de novas possibilidades de cuidado mais solidárias e inovadoras (ROCHA, et al, 2017).

Mas é gratificante, eu to gostando de trabalhar aqui, é muito diferente [...] ainda há um pontinho lá no fundo de que a gente pode conseguir alguma coisa (E4)

Eu gosto bastante, eu acho que é um trabalho muito enriquecedor pra gente, não só por eu tá fazendo só a minha parte como pediatra, mas assim também, eu acho que enriquece muito a gente como pessoa (E16)

Ah, parece até loucura, mas eu acho muito importante, eu gosto muito. Porque eu acho que a gente faz a diferença na vida do outro. Eu acho que não é simplesmente você ter seu salário, cumprir sua carga horária, é você fazer a diferença, na vida do outro, as vezes você nem esta lembrando mas a pessoa fala assim “ah, tinha aquela pessoa lá” [...] (E20).

[...] é um crescimento profissional. Quando a gente trabalha num hospital, fica muito fechado, a gente vê aquelas situações, mas a gente não tem a dimensão do todo, não tem a dimensão do que essas pessoas passam em casa. [...] crescimento neste sentido (E22).

Eu não sinto assim constrangido com algum problema. Eu me sinto até bastante tranquilo trabalhar com o pessoal aqui, não vejo nenhuma dificuldade (E28)

A maneira como o profissional de saúde direciona sua prática diante das situações de violência, reflete diretamente na sua vida pessoal e profissional. Estudo aponta a adoção de maneiras pessoais para diminuir o estresse vivenciado, como atividades de lazer, apego à religião, convívio com a família e amigos, são formas adotadas perante as situações de violência no trabalho (FLÓRIDO et al., 2019)

A situação de violência percebida permite refletir sobre os seus valores e costumes e isso é considerado como crescimento profissional, contribuindo no fazer cotidiano de suas práticas no trabalho. A atuação e manejo dos profissionais de saúde frente a situações de violência podem ser influenciadas pelos significados construídos acerca do fenômeno (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

Eu acho que a gente é um pouco elo, porque o paciente está dentro do fluxo da rede, é uma responsabilidade grande da gente não deixar ele se perder desse fluxo. Se ele tem necessidade de acessos a outros fluxos, serviços, a outros setores que vão suprir essas necessidades que eles possam vir a ter, seja a questão da violência, da negligência, do material, dos insumos, do que for, a gente é um pouco elo, nós somos o primeiro a pegar aquela realidade (E2).

Eu acho que eles respeitam muito, eu acho que quando eles vê a gente com o jaleco, já conhece a roupa e normalmente eles respeitam (E30)

O fazer cotidiano dos profissionais permite direcionar o paciente na rede para resolução das situações de violência. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado com 18 profissionais de sete equipes de saúde em Vitória da Conquista-BA. O estudo aponta que os profissionais de saúde encontraram dificuldades em identificar os casos e considerou-se a necessidade de articulação intersetorial e o desenvolvimento de políticas de educação permanente (PORTO; JUNIOR; LIMA, 2014).

Estudo revela o potencial do trabalho no domínio da rede de enfrentamento da violência na relação da qualidade das conexões e comunicações entre os profissionais e serviços, com o conhecimento dos setores envolvidos, compromisso, responsabilização e atitude dos profissionais, visando à atuação coletiva e compartilhada (BORTH et al., 2018),

sendo, portanto, necessário identificar os significados sociais incorporados pelos agentes do cuidado.

Vivenciar a violência no cotidiano se torna um desafio para os profissionais de saúde e pode ser um desafio maior se não houver um bom conhecimento sobre a tipologia, fatores de risco e sinais de violência. O sentimento vivenciado e a maneira de atuação profissional, direciona a necessidade de educação na abordagem nas situações de violência.

CONCLUSÃO

Os sentimentos dos profissionais diante da violência são diversos e relacionados tanto ao seu próprio bem estar como ao compromisso com a atenção ao paciente, em uma realidade adversa para ambos. As situações de violência contra profissionais os afetam acarretando prejuízos no trabalho, além de transtornos psicológicos, principalmente por se tratar de territórios de alta vulnerabilidade. Porém, há sensibilidade de alguns em relação ao modo de viver dos pacientes que resulta em sofrimento pela condição do outro.

Há medo, a tristeza e frustração e sentimento de vulnerabilidade dos profissionais frente às situações de violência percebidas em relação ao paciente, assim como em trabalhar em territórios violentos. Os profissionais buscam desenvolver ações, no trabalho, para tentar minimizar os efeitos da violência no cotidiano.

Por outro lado, apesar dos desafios, há, também, satisfação de trabalhar na AD como espaço de crescimento profissional, compromisso com fluxos de pacientes na rede, atuar na AD como elo, desenvolvendo um sentimento de pertencimento ao lugar.

O estudo desenvolvido contribuiu para a análise do fenômeno da violência no trabalho em saúde, na perspectiva dos sentimentos e atuação dos profissionais de saúde da AD. Acredita-se que o presente estudo poderá despertar os profissionais da saúde para reconhecerem o problema, bem como instigar futuros profissionais a refletir sobre as suas práticas e atuar no enfrentamento de situações de violência na AD.

Este estudo foi realizado na AD de um município de grande porte, referência para outros serviços de AD, portanto não passível de generalizações. Sugere-se estudos em municípios de diferentes portes e realidades, tendo em vista que a violência é um problema de saúde pública, frequente no trabalho de profissionais na AD.

REFERÊNCIAS

MINAYO, M.C.S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, June, v. 23, n. 6, p.2007-2016, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Fórum Brasileiro de Segurança Pública . **Atlas da violência**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo , 2019.

CASTRO, E.A.B. et al. Organização de atendimento domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2016-0002, 2018.

MAIA, M.A. et al. Práticas profissionais em situações de violência na atenção domiciliar: Revisão integrativa . **Ciencia & Saude Coletiva** , Fev, prelo, 2019.

FLORIDO, H.G. et al . Gerenciamento das situações de violência no trabalho na estratégia de saúde da família pelo enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 29, e20180432, 2020 .

CERTEAU MA. **Invenção do cotidiano: artes de fazer**. 15ed. Petrópolis: Vozes; 2014.

MINAYO, MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v.5, n.7, p.1-12, 2017.

SOFTWARE VERBI. Consultar. Sozial para schung . GmbH: Berlim, 2018.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

NOWROUZI-KIA, B. The impact of workplace violence on health care workers' quality of life. **Dev Med Child Neurol**, Jul, v.59, n.7, p.675, 2017.

WANDERBROOCKE, A.C.N.S.; MORÉ, C.L.O.O. Significados da violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2.095-103, 2012.

CARNEIRO, J.B. et al. Violência conjugal: repercussões para mulheres e filhas(os). **Escola Anna Nery** , v.21, n.4, 2017.

ROCHA, K.B. et al . A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 18, n. 1, p. 170-185, abr. 2017 .

PORTO, R.T.S.; BISPO JUNIOR, J.P.; LIMA, E.C. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 787-807, 2014 .

BORTH, L.C.; COSTA, M.C.; SILVA, E.B.; FONTANA, D.G.R.; ARBOIT, J. Network to combat violence against rural women: articulation and communication of services. **Rev Bras Enferm** , v.71, Supl 3, p.1212-1219, 2018.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu a análise do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde frente a situações de violência a partir de suas experiências e dos problemas que vivenciam, considerando o local de trabalho, as relações sociais e institucionais e o perfil dos pacientes que atendem e que influenciam seu trabalho. Os profissionais de saúde na AD se deparam com diferentes situações de violência e, também, demonstram dificuldades no estabelecimento de medidas para reduzir seus efeitos nos pacientes.

Os resultados confirmaram a tese que, no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da AD, do município de Contagem, há estratégias gerais estabelecidas por políticas e diretrizes da AD, tratando-se de um lugar próprio atribuído pelas normas. Em situações de violência, por vezes, os próprios profissionais são impelidos a criar normas para dar conta da realidade. Em áreas de alta vulnerabilidade social, os profissionais adotam táticas diante das situações de violência, evidenciando um espaço de atuação peculiar.

As práticas profissionais são realizadas em espaços marcados por um contexto de violência entre profissionais, de usuários para profissionais e vice versa e de território. O estudo possibilitou compreender, também, o significado de violência na AD para os profissionais de saúde de forma individual ou coletiva. Além disso, foi possível conhecer o preparo para lidar com situações adversas, as ações e condutas dos profissionais de saúde diante das situações de violência, ampliando o olhar para esses aspectos das práticas no espaço da AD em um contexto de violência.

Destaca-se a contribuição da abordagem de Michel de Certeau sobre o cotidiano para este estudo. As estratégias, como protocolos, guias, diretrizes, representam um lugar circunscrito, visando à organização do espaço social e a adoção de táticas como novas maneiras de fazer no cotidiano. Esta abordagem revelou um cotidiano de trabalho no SAD para além de um lugar de reprodução de estratégias, tornando-se, um espaço onde os profissionais de saúde construíram os seus fazeres no cotidiano frente a situações de violência.

Como produtos da tese, foram construídos quatro manuscritos à medida que os dados foram sendo analisados juntamente com o referencial teórico. Desta forma são eles: 1) Situações de violência vivenciadas por profissionais de saúde brasileiros atuantes em assistência domiciliar; 2) O significado de violência para profissionais de saúde da Atenção Domiciliar; 3) Práticas Cotidianas dos profissionais de saúde da Atenção Domiciliar em

situações de violência; 4) Sentimentos profissionais frente a situações de violência na Atenção Domiciliar.

Portanto, o primeiro manuscrito possibilitou caracterizar os profissionais de saúde atuantes na AD em relação aos seus dados sociodemográficos e a percepção sobre os cuidadores em relação aos cuidados gerais, evidências de abuso e violência financeira. Além de apresentar situações de violência dos cuidadores com pacientes; cuidadores com profissionais de saúde; profissionais com cuidadores; entre os profissionais de saúde e relacionadas ao território de trabalho. É apresentado um cenário aonde a violência ocorre em diferentes situações e é necessário um saber técnico, vínculo com as famílias, diálogo entre membros da equipe, e múltiplas habilidades para lidar com as situações de violência, inclusive no território.

Os achados possibilitaram compreender o significado de violência para os profissionais de saúde da AD e como identificaram a violência em diferentes situações. O significado ~~foi~~ construído de forma individual e coletiva, tornou possível compreender como o fenômeno pode ser percebido na prática profissional. Desta forma, é necessário que se busque estratégias que permitem a discussão do fenômeno no serviço de saúde, estimulando treinamentos e capacitações para a atuação profissional na identificação e resolução das situações de violência.

O terceiro manuscrito apresenta, na perspectiva de cotidiano de Michel de Certeau, as práticas cotidianas dos profissionais de saúde diante das situações de violência. O cotidiano da AD praticado pelos profissionais de saúde, além da normatização, cria um espaço próprio com maneiras de fazer que emergem as táticas cotidianas. Na perspectiva de Michel de Certeau, ao utilizar as estratégias e táticas, lugar e espaço, mapas e percursos, os profissionais de saúde da AD criam maneiras de reinvenção do cotidiano diante de situações de violência entre os profissionais, de usuários para os profissionais, entre família e usuário e no território.

Ao longo do estudo, os sentimentos dos profissionais de saúde frente a situações de violência se mostraram importantes para compreender o preparo e o trabalho na continuidade do cuidado e resolução dos casos. Desta forma foi escrito o quarto manuscrito. Os sentimentos apresentados pelos profissionais diante da violência são de medo, tristeza e frustração frente a situações de violência contra eles próprios e pacientes. Por atuarem em territórios de alta vulnerabilidade, às situações de violência geram prejuízos como perturbações psicológicas e os profissionais buscam desenvolver ações para minimizar os efeitos da violência no cotidiano.

Na perspectiva de Certeau que “cotidiano é aquilo que nos é dado” e o SAD se encontra em um lugar onde as situações de violência foram reveladas de forma individual e coletiva pelos profissionais de saúde. Neste cenário são criadas maneiras de fazer a cada dia, as táticas como forma de burlar as estratégias normatizadas, reinventadas pelos profissionais de saúde neste espaço reorganizado por meio de suas práticas e sentimentos, para a resolução dos casos de violência.

O estudo tem a limitação de ter sido realizado em um Serviço de AD referência no estado de Minas Gerais, desta forma, outros estudos podem contribuir na compreensão das práticas cotidianas dos profissionais de saúde da AD diante de um fenômeno complexo e multifacetado que é a violência.

O impacto desta pesquisa apresenta evidências que podem otimizar o Serviço de AD em relação a abordagem dos profissionais de saúde frente a situações de violência, porque permitiu revelar um cotidiano de diferentes tipos de violência e que há dificuldade na identificação dos casos e encaminhamento adequado. Espera-se que, com estes resultados, os profissionais de saúde possam refletir sobre as suas práticas e que o SAD possa promover a discussão sobre a temática entre os profissionais de saúde com capacitações e treinamentos para que as violências não sejam tratadas como situações simples. Estes resultados podem ser utilizados para reflexões e novas formas de organização da AD em outros contextos, principalmente pelo fato da AD ser mais frequente em áreas de alta vulnerabilidade e violência nos espaços urbanos.

REFERENCIAS

ALONSO-MARSDEN, S.; DODGE, K.A.; O'DONNELL, K.J. et al. Family risk as a predictor of initial engagement and follow through in a universal nurse home visiting program to prevent child maltreatment. **Child Abuse Negl**, aug, v. 37, n.8, p 11, 2013.

AMMERMAN, R.T.; PEUGH, J.L.; PUTNAM, F.W. et al. Predictors of treatment response in depressed mothers receiving in-home cognitive-behavioral therapy and concurrent home visiting. **Behav Modif**, Jul; v.36, n.4, p. 20, 2012.

ARAÚJO, C.M. **Assistência domiciliar de saúde: desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana**. 2015. xi,61 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da violência**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo. 2019.

AYALON, L. Reports of Elder Neglect by Older Adults, Their Family Caregivers, and Their Home Care Workers: A Test of Measurement Invariance. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, May, v.70, n.3, 2015.

AVANCI, J.Q.; PINTO, L.W.; ASSIS, S.G. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Set, v.22, n.9, p. 2825-2840, 2017.

AZEREDO, Y.N.; SCHRAIBER, L.B. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Set,v. 22, n.9, p.3013-3022, 2017.

AZIZ, M.M. ; EL-GAZZAR, A.F. Perceptions and practices of health professionals screening domestic violence in Upper Egypt. **Sex Reprod Healthc**, Jun, v. 20, p. 93-99,2019.

BARRETTO, R.S.; FIGUEIREDO, A.E.B. Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma unidade psiquiátrica em hospital geral. **Cad. saúde colet.**, v.27, n.2, p.124-130,2019.

BAPTISTA, P.C.P.; SILVA, F.J.; JUNIOR, J.L.S.; FELLI, V.E.A. **Violência no trabalho: guia de prevenção para os profissionais de enfermagem**. São Paulo: Coren-SP, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p.

BAXTER, P.; JACK, S. Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. **The Qualitative Report**, v.13, n.4, p.544-556, 2008.

BASFR, W.; HAMDAN, A.; AL-HABIB, S. Workplace Violence Against Nurses in Psychiatric Hospital Settings: Perspectives from Saudi Arabia. **Sultan Qaboos University Medical Journal**, Jan, v.19, n.1,;e19-e25, 2019.

BENBENISHTY R, et al. Decision-making in child protection: An international comparative study on maltreatment substantiation, risk assessment and interventions recommendations, and the role of professionals' child welfare attitudes. **Child & Abuse Negl**, v.49, p.63-75, 2015.

BELLAS, H.C.; JATOBÁ, A.; BULHÕES, B. et al. Effects of Urban Violence on Primary Healthcare: The Challenges of Community Health Workers in Performing House Calls in Dangerous Areas. **Journal Community Health**, jun, v.44, n.3, p.569-576, 2019.

BLOOM, E.M. Horizontal violence among nurses: Experiences, responses, and job performance. **Nursing Forum** , Jan/Mar, v.54, n.1, p.77-83, 2019.

BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M.I. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.5, p.939-42, 2016.

BORTH, L.C.; COSTA, M.C.; SILVA, E.B.; FONTANA, D.G.R.; ARBOIT, J. Network to combat violence against rural women: articulation and communication of services. **Rev Bras Enferm** , v.71, Supl 3, p.1212-1219, 2018.

BRAGA, P.P.; SENA, R.R.; SEIXAS, C.T. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Mar, v.21, n.3, p.903-912, 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998** – Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Disponível em: < <http://www.saude.ba.gov.br/dae/Port2416.pdf>>.

_____. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010** - Assegurar a diretiva da Rede de Atenção a Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>

_____. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011** – Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>.

_____. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011**– Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html>.

_____. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>.

_____. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>

BRASIL. **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>

_____. **LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>

_____. **LEI Nº 12.015, DE 7 DE AGOSTO DE 2009.** Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.

_____. **LEI Nº 13.010, DE 26 DE JUNHO DE 2014.** Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. IBGE. Censo demográfico, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>. Acesso em: 15 mai.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências:** Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** 1. ed., 2.ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf. Acesso em: 31 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Viva**: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BROTTO, T.C.; DALBELLO, A.M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 290-305, 2012.

CAHÚ, G.R.P.; COSTA, S.F.G.; COSTA, I.C.P. et al. Situações de assédio moral vivenciadas por enfermeiros no ambiente de trabalho. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n.2, p.151-156, 2014.

CAIRNS, J.; VREUGDENHIL, A. Working at the frontline in cases of elder abuse: 'It keeps me awake at night'. **Australias J Ageing**, Mar, v.33, n.1, p.4, 2014.

CERQUEIRA, D. et al. Atlas da violência. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2017.

CARNEIRO, J.B. et al. Violência conjugal: repercussões para mulheres e filhas(os). **Escola Anna Nery**, v.21, n.4, 2017.

CASTRO, E.A.B. et al. Organização de atendimento domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2016-0002, 2018.

CERQUEIRA, D.; LIMA, R.S.; BUENO, S. et al. **Atlas da violência**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2017.

CERTEAU, M. A. **Invenção do cotidiano**: artes de fazer. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 315 p.

CORBI, G. et al. Elderly abuse: perception and knowledge of the phenomenon by health professionals from two Italian hospitals. *Intern Emerg Med.*, Jun, v.14, n.4, p.549-555, 2019.

COSTA, M.C.; LOPES, M.J.M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Oct, v.46, n.5, 8 p., 2012.

COUTURE, M. et al. Implementing a Systematic Screening Procedure for Older Adult Mistreatment Within Individual Clinical Supervision: Is It Feasible? **Journal of Interpersonal Violence**, Aug, 21 p., 2016.

DAVIDOV, D.M. et al. Mandatory reporting in the context of home visitation programs: intimate partner violence and children's exposure to intimate partner violence. **Violence Against Women**, May, v.18, n.5, 2012.

DAVIDOV, D.M., et al. Nurse home visitors' perspectives of mandatory reporting of children's exposure to intimate partner violence to child protection agencies. **Public Health Nursing**, Sep-Oct, v.29, n.5, 2012.

DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2ª Ed. 384 p., 2006.

FARIA, A.M.; LEITE-DA-SILVA, A.R. Estudos organizacionais baseados em Michel de Certeau: a produção internacional entre 2006 e 2015. **Revista Alcance**, abr-jun, v.24, n.2, 2017.

FLORIDO, H.G. et al . Gerenciamento das situações de violência no trabalho na estratégia de saúde da família pelo enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 29, e20180432, 2020 .

FRIEDMAN, B.; SANTOS, E.J.; LIEBEL, D.V. et al. Longitudinal Prevalence and Correlates of Elder Mistreatment Among Older Adults Receiving Home Visiting Nursing. **Journal of Elder & Abuse Neglect**., 2015, v.27, n.1, 33 p., 2015.

FRY, M., et al. Using observation to collect data in emergency research. **Australas Emerg Nurs Journal**, v.20, n.1, p.25-30, 2017.

GUZZO, A.C.A.; CABRAL, A.C. **Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência**: uma abordagem interdisciplinar na Saúde. Tribunal de justiça do Distrito federal e dos Territórios: Unicef; 2011.

HANSON RF., et al.. The what, when, and why of implementation frameworks for evidence-based practices in child welfare and child mental health service systems. **Child Abuse & Negligence**, v.53, p.51-63, 2016.

HARDY, C. Identifying and preventing the risks of maltreatment at home. **Rev Infirm**,Feb, v.178, p.35-6, 2012.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**: 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Fórum Brasileiro de Segurança Pública . **Atlas da violência**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública , 2019.

JACCOUD, M; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: NASSER, A.C.A; POUPART, J.; PIRES, A. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 4.d. Petrópolis: Vozes, p. 254-294, 2014.

JB. **Reviewers' manual**. Adelaide: JBI; 2014

JOHNSON, Y.O. Home care nurses' experiences with and perceptions of elder self-neglect. **Home Healthc Now**, v.33, n.1, p.31-37, 2015.

JOSGRILBERG, F.B. **Cotidiano e invenção**: os espaços de Michel de Certeau. São Paulo: escritura Editora, 2005. 147p.

LIMA, M.C.C.S. et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. **Revista Baiana de saúde pública**, jan, v.35, n.1, 20p., 2011.

LEMOS, L.M.P. Nuvem de tags como ferramenta de análise de conteúdo: uma experiência com as cenas estendidas da telenovela *Passione* na internet. **Lumina**,v.10, n.1, 2016.

MAIA, M.A. et al. Práticas profissionais em situações de violência na atenção domiciliar: Revisão integrativa. **Ciencia & Saude Coletiva**, Fev, prelo, 2019.

MATA, N.T.; SILVEIRA, L.M.B.; DESLANDES, S.F. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. **Ciência & saúde coletiva**, Sep, v.22, n.9, p.2881-2888, 2017.

MAZZOTTI, M.C. et al. Attitude of Italian health professionals and barriers to mandatory reporting of elder abuse: an exploratory study. **J Forensic Leg Med.**, abr, v.63, p.26-30, 2019.

MELO, E.M. **Podemos prevenir a violência**: teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010, p. 278.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M.C.S. A violência como novo desafio à saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994.

MINAYO, MCS; SOUZA,ER. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 284 p.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 132 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MINAYO, M.C.S. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, jan./abr, 2005.

MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.Supl., p.1259-1267, 2007.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. **Novas e Velhas faces da violência no século XXI**. Visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2017, 596 p.

MINAYO, MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v.5, n.7, p.1-12, 2017.

MINAYO, M.C.S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, June, v. 23, n. 6, p.2007-2016, 2018.

MING, J.L. et al. Clinical simulation teaching program to promote nurses' effectiveness in addressing workplace violence. **Hu Li Za Zhi**, Jun, v.66, n.3, p.59-71, 2019.

MS (Ministério da Saúde), 1984. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde.

MOREIRA, S.N.T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.6, p.1053-1059, 2018.

NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 418 p.

NOWROUZI-KIA, B. The impact of workplace violence on health care workers' quality of life. **Dev Med Child Neurol**, Jul, v.59, n.7, p.675, 2017.

OLIVEIRA, C.C.; FONSECA, R.M.G.S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Revista da Escola de enfermagem da USP*, Dec, v. 41, n.4, 8 p., 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World report on violence and health** (Relatório Mundial sobre violência e saúde) / editado por Etienne G. Krug. Genebra: WHO, 2002.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE: **levels of evidence**. 2009.

ÖZGÜR, N. et al.. Knowledge, experiences and attitudes of Turkish pediatric dentists regarding child physical abuse. *Int Dent Journal*, Nov, v. 12, 2019.

PAIVA, P.A. et al. Serviços de assistência domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e quitação. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, abr / junho, v.29, n.2, p.244-52, 2016.

PICKERINGA, C.E.Z. et al. Identifying elder abuse & neglect among family caregiving dyads: A cross sectional study of psychometric properties of the QualCare scale. **Int J Nursing**, Apr, v.69, 6.p, 2017.

PIRES, M.R.G.M. et al. Fatores associados à atenção domiciliar: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, June, v.47, n.3, p.648-656, 2013.

PORTO, R.T.S.; BISPO JUNIOR, J.P.; LIMA, E.C. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 787-807, 2014 .

POLARO, S.H.I.; GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto – enfermagem**, Dec , v. 22, n. 4, p. 935-942, 2013.

POLICASTRO, C.; PAYNE, B. Assessing the level of elder abuse knowledge pre-professionals possess: implications for the further development of university curriculum. **Journal of Elder & Abuse Neglect**,, v.26, n.1, p.12-30, 2014.

POWERS, J.S. Common Presentations of Elder Abuse in Health Care Settings. **Clin Geriatr Med**, Nov, v. 30, n.4, 13 p., 2014.

PROCOPIO, L.C.R. et al . A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 121, p. 592-604, Apr. 2019 .

RADERMACHER, H . et al . Team conceptualizations of elder abuse in residential seniors: a quick review. **Australas J Aging**, Dez, v.37 n. 4, p.254-267, 2018.

RAMOS, M.L.C.O.; SILVA, A.L. Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo - Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.1, 11 p., 2011.

RASOOL, S.F. et al. Sustainable Work Performance: The Roles of Workplace Violence and Occupational Stress. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.17. n.3, p.912, 2020.

RATES, H. et al. O (in)visível no cotidiano de trabalho de enfermeiros no acolhimento com classificação de risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, 5 dez. 2018.

RATES, H.F. et al. Cotidiano de trabalho em enfermagem sob a ótica de Michel de Certeau. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Fev , v.72, Suppl.1, p.341-345, 2019.

ROCHA, K.B. et al . A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 18, n. 1, p. 170-185, abr. 2017 .

RODRIGUES, E.A.S. et al. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 4, p. 55-66, dez, 2018.

RIYADH K.L.; NADIA F. Violence against health-care workers in a conflict affected city. **Medicine, Conflict and Survival**, v. 35, n.1,p. 65-79, 2019.

SAMELIUS, L.; THAPAR-BJÖRKERT, S.; BINSWANGER C. Turning points and the 'everyday': Exploring agency and violence in intimate relationships. **European Journal of Women's Studies**, v.21, n.3, p.264-277, 2014.

SANTOS, M.S. et al. O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família: desafios para a atenção em saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, abril-junio, v. 30, n. 2, p. 229-238, 2017.

SANTOS, W.J. et al. Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Rev Fund Care Online**, jul./set., v.10, n.3, p.770-777, 2018.

SCARAMAL, D.A. et al. Significado da violência física ocupacional para o trabalhador de Enfermagem na dinâmica familiar e social. **Ciência Cuidar e Saúde** , Abr-Jun, v.16, n.2, 2017.

SCHEK, G. et al. Organization of professional practices against intrafamily violence against children and adolescents in the institutional context. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2889, 2017 .

SCHIAMBERG, L.B. et al. Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home. **Journal of Elder & Abuse Neglect**, v.24, n.1, p.65-83, 2012.

SEGAL, L.; OPIE, R.; DALZIEL, K. Theory! The missing link in understanding the performance of neonate\infant home visiting programs to prevent child maltreatment: a systematic review. **Milbank Q**, Mar, v.90, n.1, 60 p.,2012.

SENA, R.R.; SILVA, K.L.; RATES, H.F. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p.124-132, mai-ago. 2006.

SHARPS, P. et al Engaging and retaining abused women in perinatal home visitation programs. **Pediatrics**, Nov, v.132, Suppl 2, p.134-139, 2013

SHEEHAN, O.C. et al. Development of Quality Indicators to Address Abuse and Neglect in Home-Based Primary Care and Palliative Care. **J Am Geriatr Soc**, v.64, n.12, p.2577-2584, 2016.

SILVA, I.V.; AQUINO, E.M.L.; PINTO, I.C.M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.10, p.2112-2122, out, 2014.

SILVA, D.M. et al. Cotidiano de agentes comunitários de saúde com idosos segundo o referencial de Certeau. **Cogitare Enfermagem**, v.4, n. 22, e50436, 2017.

SILVA, L.M.P.; FERRIANI, M.G.C.; SILVA, M.A.I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de enfermagem**, out, v.64, n.5, 6 p., 2011.

SILVA K.L. et al. Trajetória política da Atenção Domiciliar em Minas Gerais. **Rev Min Enfermagem**, v.23, e-1155, 2019.

SOFTWARE VERBI. Consultar. Sozial para schung . GmbH: Berlim, 2018.

SOUZA, E.R.; FERREIRA, A.L.; SANTOS, N.C. Concepções de docentes em relação ao manual sobre violência intrafamiliar. **Revista Brasileira Edu Med**, v.33, n.3, p.329-38, 2009.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, Mar, v.8, n.1, 5 p., 2010.

TANG K.Y. Health system strengthening in post-conflict ethnic regions of Northeastern Myanmar: a qualitative study. **Health Policy and Planning**, Mar, v.34, n.2, p. 151–159, 2019.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

VELLOSO, I.S.C.; ARAÚJO, M.T.; ALVES, M. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência. **Acta Paul Enfermagem**, v.24, n.4, p.466-71, 2011.

VIANA, A.L.D.; BOUSQUAT, A.; MELO, G.A. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, June , v.23, n.6, p.1791-1798, 2018.

VOGNAR, L.; GIBBS, L.M. Care of the Victim. **Clin Geriatr Med**, Nov,v. 30, n.4, 11 p., 2014.

WANDERBROOKE, A.C.N.S.; MORÉ, C.L.O.O. Significados da violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2.095-103, 2012.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, v.52, n.5, p.546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health**. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 .

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 290 p.

ZANELATTO PF, MEDEIROS M, SANTOS WS, MUNARI DB. Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da estratégia saúde da família. **Ciencia y Enfermeria**, v. 18, n.2, p.41-49, 2012.

APÊNDICE A

Roteiro Semiestruturado da Entrevista

- 1) Fale-me sobre o seu dia a dia de trabalho na Atenção Domiciliar.
- 2) Descreva para mim os protocolos e guias para o trabalho na Atenção Domiciliar e sua utilização pela equipe.
- 3) Você pode me dizer o que é violência.
- 4) Com a sua experiência na Atenção Domiciliar, me fale sobre os momentos que você como profissional de saúde teve que lidar com situações de violência no trabalho e com os pacientes. Que tipo de violência ocorreu?
- 5) Quando se depara com situações de violência, o que você tem feito para solucionar ou encaminhar a situação?
- 6) Como é o trabalho do profissional da Atenção domiciliar diante de situações de violência contra o profissional ou o paciente?

APÊNDICE B

ID _____

- 1) **Sexo:** M F
- 2) **Idade:** _____
- 3) **Formação:** _____
- 4) **Local de trabalho:** _____
- 5) **Turno de trabalho:** Manhã Tarde
- 6) **Tempo de profissão:** <1 ano 1 a 5 anos 6 a 10 anos >10 anos
- 7) **Estado Civil:** Casado Solteiro Viúvo Separado Outros _____
- 8) **Possui pós graduação:** Sim Não
 - Especialização Mestrado Doutorado

Em que área? _____

Durante a sua graduação, você recebeu preparo para atuar em situações de violência no contexto da saúde? Sim Não

Se sim, esse preparo foi dado por meio de: Palestras Aulas Cursos Comentários dos professores Outros _____

Responda as afirmações de acordo como você percebe a relação entre cuidadores e pacientes na Atenção Domiciliar.

Os cuidadores mais encontrados no ambiente domiciliar são: (pode ter mais de uma resposta)

- Esposa/mulher
- Marido
- Filho/Filha
- Mãe
- Irmão/Irmã
- Cuidadores remunerados
- Outros Qual _____

Você percebe se os cuidadores são atentos às necessidades dos pacientes relacionados a

- Movimentação (atividades físicas)
- Higiene
- Alimentação e hidratação
- Suporte emocional

- Uso de recursos disponíveis para atendimento às necessidades do paciente
- São pouco atentos aos cuidados
- Não observado

Você observa histórico ou evidências de episódios abusivos relacionados a:

- Lesões de pele como hematomas, queimaduras ou lacerações
- Contusões
- Fraturas
- Ameaças físicas ou psicológicas
- Obrigar o paciente a concordar com o cuidador (coerção)
- Não observado

Você observa evidências de abuso financeiro:

- Pertences e recursos de paciente são inadequadamente usado ou gerenciado sem o conhecimento ou consentimento do mesmo.
- Uso dos recursos financeiros do paciente para outras finalidades
- Necessidades básicas do idoso não são atendidas apesar da disponibilidade de recursos
- Não observado

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada: “**O cotidiano de profissionais de saúde na Atenção domiciliar em situações de violência**”, a ser desenvolvida pela Universidade Federal de Minas Gerais. Trata-se de uma tese de Doutorado de Mariana Almeida Maia, sob a orientação da Professora Dr^a Marília Alves da Escola de Enfermagem da UFMG. Esta pesquisa se justifica por representar o cotidiano de trabalho dos profissionais da Atenção Domiciliar na assistência de usuários em situações de violência. O estudo tem por objetivo analisar o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Domiciliar frente a situações de violência. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será por meio de observação direta e entrevista individual. Sua colaboração é voluntária e muito importante para a realização desta pesquisa. Ao ser entrevistado (a) você responderá questões referentes ao seu trabalho realizado na unidade. Não receberá pagamento de qualquer espécie. Acreditamos que a entrevista não irá causar maiores riscos; com exceção do incômodo de ser observado, que será minimizado garantindo o anonimato e sigilo das informações. Assim, mediante sua autorização, as entrevistas serão gravadas com a finalidade de assegurar a autenticidade das informações, ficando à sua disposição caso queira ouvi-la. O material será guardado por cinco anos e utilizado apenas para fins científicos e, após esse período será destruído. Salientamos que este projeto de pesquisa foi aprovado pela Diretoria de Atenção Domiciliar de Contagem e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG). Em qualquer fase da pesquisa você poderá fazer perguntas, esclarecer dúvidas, recusar a responder as questões e ainda retirar o seu consentimento sem nenhum ônus ou prejuízo. O não consentimento quanto a sua participação no estudo não lhe implicará em nenhum tipo de restrição institucional. Os benefícios e a relevância desta pesquisa estarão na visibilidade sobre o olhar no cotidiano dos profissionais de saúde, em seus diversos aspectos tanto assistenciais quanto no cumprimento das políticas de saúde, ampliando o olhar para as múltiplas possibilidades existentes das relações de poder entre profissionais de saúde, familiares e usuários em situação de violência.

Consentimento Livre e Esclarecido:

Eu, _____, portador do documento de identidade _____, fui informado dos objetivos desta pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Estou ciente que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário.

Assinatura do participante: _____

Data: _____ de _____ de 20__

Prof. Dra. Marília Alves

Doutoranda Mariana Almeida Maia

Poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627, Unidade Administrativa II, 2° andar, sala 2005, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31.270-901. Tel: (31) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO A



MUNICÍPIO DE CONTAGEM
Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem

Carta de Anuência

Em resposta à solicitação para realização de pesquisa pelo pesquisador **MARIANA ALMEIDA MAIA**, responsável pelo projeto de pesquisa “**O COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**”, que tem como objetivo analisar o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde na atenção domiciliar frente a situações de violência, fomentando as reflexões e estudos existentes atualmente nesta questão.

1. O projeto de pesquisa apresentado é coerente com o método adequado;
2. A execução do projeto foi autorizado pela Diretoria de Atenção Domiciliar subordinada a Superintendência de Urgência e Emergência;
3. A Secretaria Municipal de Saúde não terá nenhuma despesa decorrente da participação nessa pesquisa;
4. Os resultados desta pesquisa devem ser apresentadas à Secretaria Municipal de Saúde de Contagem.

Diante de tais considerações, autorizamos que este trabalho seja executado somente após a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Ressaltamos a necessidade de que os autores deixem explícito, em toda e qualquer publicação feita a partir dessa pesquisa, a participação do SUS Contagem.

À disposição para quaisquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Giane Rita de Souza Ferreira
Superintendência de Gestão de Pessoal
Secretaria Municipal de Saúde

Giane Rita de Souza Ferreira
Sup. Gestão de Pessoas
Secret. Munic. Saúde
Mat. 06237-8

Avenida General David Sarnoff, 3113 / Cidade Industrial / Contagem / MG
CEP 32.210-110 / Telefone: (31) 3363-5276 / www.contagem.mg.gov.br

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 84975518.8.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.912.563

Apresentação do Projeto:

A emenda solicita a mudança do cenário do estudo. Segundo a pesquisadora, o projeto de pesquisa seria realizado no Programa de Internação Domiciliar de Betim mas houve a mudança do cenário para o Serviço de Atenção Domiciliar de Contagem.

Objetivo da Pesquisa:

Foram definidos pela proponente:

Objetivo Primário: Analisar o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Domiciliar frente a situações de violência

Objetivo Secundário: 1) Descrever a compreensão dos profissionais de saúde da Atenção domiciliar sobre a violência; 2) Identificar a percepção dos profissionais da AD sobre seu preparo para lidar com situações de violência; 3) Identificar as ações dos profissionais de saúde na abordagem da violência; 4) Explicar o papel da Atenção domiciliar na abordagem da violência; 5) Apresentar a percepção dos profissionais de saúde da Atenção domiciliar sobre a possibilidade de prevenção da violência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há mudança nos riscos com a solicitação da emenda de mudança de cenário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os documentos foram alterados e o projeto será autorizado pela Diretoria de Atenção Domiciliar

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.912.563

subordinada à Superintendência de Urgência e Emergência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi anexado a carta de anuência da Superintendência de Gestão e Pessoal da Secretaria Municipal da Saúde de Contagem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprova-se a emenda para mudança de cenário da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1215483_E2.pdf	10/09/2018 20:54:01		Aceito
Outros	Carta_Pendencia_Emenda_COEP.pdf	10/09/2018 20:53:23	MARIANA ALMEIDA MAIA	Aceito
Outros	Carta_emenda_COEP.doc	05/09/2018 16:42:28	MARIANA ALMEIDA MAIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_Contagem.jpeg	05/09/2018 16:18:57	MARIANA ALMEIDA MAIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	05/09/2018 16:18:35	MARIANA ALMEIDA MAIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Mariana.doc	05/09/2018 16:18:23	MARIANA ALMEIDA MAIA	Aceito
Outros	84075518parecer.pdf	31/07/2018 15:37:12	Vivian Resende	Aceito
Outros	84075518parecer.pdf	31/07/2018 15:37:12	Vivian Resende	Aceito
Outros	84075518aprovacao.pdf	15/06/2018 19:08:14	Vivian Resende	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-001

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.912.563

Outros	84975518aprovascao.pdf	15/06/2018 19:08:14	Vivian Resende	Aceito
Outros	849755186parecer.pdf	15/06/2018 19:07:21	Vivian Resende	Aceito
Outros	849755186parecer.pdf	15/06/2018 19:07:21	Vivian Resende	Aceito
Outros	carta_COEP.pdf	06/06/2018 16:09:24	MARIANA ALMEIDA MAIA	Aceito
Outros	Parecer_ENA.pdf	09/03/2018 17:12:23	MARIANA ALMEIDA MAIA	Aceito
Folha de Rosto	mariana.pdf	08/02/2018 14:38:27	MARIANA ALMEIDA MAIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 24 de Setembro de 2018

Assinado por:

Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SII 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br