

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E  
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

**Taciana Malheiros Lima Carvalho**

**VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE: o que  
pensam e fazem os profissionais de saúde**

**BELO HORIZONTE – MG**

**2015**

**Taciana Malheiros Lima Carvalho**

**VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE: o que pensam e fazem os profissionais de saúde**

Dissertação apresentada à Banca de Defesa do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como requisito à obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Orientadora:  
Prof. Dra. Soraya Almeida Belisário

Co-orientadora:  
Prof. Dra. Alzira de Oliveira Jorge

Belo Horizonte  
Faculdade de Medicina /UFMG  
2015

Carvalho, Taciana Malheiros Lima.  
C331v Violência na atenção primária à saúde de Belo Horizonte [manuscrito]:  
o que pensam e fazem os profissionais de saúde. / Taciana Malheiros  
Lima Carvalho. - - Belo Horizonte: 2015.  
74f.  
Orientador: Soraya Almeida Belisário.  
Co-Orientador: Alzira de Oliveira Jorge.  
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Medicina.

1. Violência. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da  
Família. 4. Pessoal da Saúde. 5. Pesquisa Qualitativa. 6. Dissertações  
Acadêmicas. I. Belisário, Soraya Almeida. II. Jorge, Alzira de Oliveira.  
III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV.  
Título.

NLM: WA 590

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Reitor

**Jaime Arturo Ramírez**

Vice-Reitora

**Sandra Regina Goulart Almeida**

Pró-Reitor de Pós-Graduação

**Rodrigo Antônio de Paiva Duarte**

Pró-Reitora de Pesquisa

**Adelina Martha dos Reis**

## **FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG**

**Diretor**

Tarcizo Afonso Nunes

**Vice-Diretor**

Humberto José Alves

**Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Antônio Thomaz G. da Matta Machado

# **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

## **Coordenadora**

Elza Machado de Melo

## **Representantes Docentes**

Elza Machado de Melo

Andréa Maria Silveira

Elizabeth Costa Dias

Antônio Leite Alves Raddichi

Eliane Dias Gontijo

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Joaquim Antônio César Mota

Cristiane de Freitas Cunha

Victor Hugo de Melo

Débora de Carvalho Malta

Izabel Christina Friche Passos

Marta Maria Alves da Silva

Edgar Nunes de Moraes

Efigênia Ferreira e Ferreira

Eugênia Ribeiro Valadares

Fernando Madalena Volpe

Stela Maris Aguiar Lemos

*Dedico este trabalho a todos os profissionais de  
saúde que contribuem para um SUS melhor  
a cada dia em Belo Horizonte.*

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente e acima de tudo agradeço a Deus por colocar pessoas tão especiais na minha vida e sem as quais não seria possível findar esta etapa.

Agradeço a minha família, meus filhos, meu esposo, meu irmão pelo apoio e presença constante na minha vida. Vocês são muito importantes para mim!

Agradeço a minha mãe pelo exemplo de força e coragem, o que me direciona em todas as decisões da minha vida.

Agradeço a minha orientadora professora Soraya Belisário por todos os momentos de paciência, compreensão, motivando sempre e apoiando nos momentos em que achei que não daria conta! A sua competência, bom humor e dedicação são exemplares.

Agradeço à professora Elza Melo pela ternura e bondade ímpares e pelo compromisso com este programa de mestrado.

Agradeço aos gestores e trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que possibilitaram construir esse aprendizado sobre a violência na Atenção Primária à Saúde.

Agradeço aos usuários do SUS em Belo Horizonte, aos meus colegas e amigos de trabalho. Vocês me proporcionam uma das minhas grandes realizações pessoais. Sinto muito orgulho em fazer parte desse SUS BH!

## **Caminho**

*Era um caminho que de tão velho, minha filha,  
já nem mais sabia aonde ia...*

*Era um caminho  
velhinho,  
perdido...*

*Não havia traços  
de passos no dia  
em que por acaso o descobri:  
pedras e urzes iam cobrindo tudo.*

*O caminho agonizava, morria  
sozinho...*

*Eu vi...*

*Porque são os passos que fazem os caminhos!*  
(QUINTANA, 1989)



## RESUMO

A violência é um fenômeno complexo que afeta todas as pessoas, tem múltiplas causas, sofre a interferência de fatores sociais e culturais e tem aumentado tanto em âmbito nacional como internacional. A inserção do tema da violência na saúde representa um desafio para a organização dos serviços, em especial a Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do sistema, bem como para os profissionais que nela atuam. Este estudo objetivou investigar a ocorrência de violência na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores integrantes das equipes de saúde da família. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, a qual utilizou entrevistas semiestruturadas. Foram pesquisados três centros de saúde, inseridos em diferentes áreas de risco social e sanitário conforme índice de vulnerabilidade em saúde utilizado no município. Os resultados apontaram: o entendimento da violência como uma questão complexa de múltiplas conceituações; a maioria dos profissionais se sentem preparados para lidar com o tema; ações de abordagem da violência são realizadas no cotidiano das equipes; a promoção à saúde como a principal atribuição do centro de saúde em relação ao tema; a percepção de que é possível prevenir a violência.

**Palavras-chave:** Violência; estratégia de saúde da família; cultura da paz

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica  
ACS- Agente Comunitário de Saúde  
AE- Auxiliar de Enfermagem  
AMMG - Associação Médica de Minas Gerais  
APS - Atenção Primária à Saúde  
BH- Belo Horizonte  
CS - Centro de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
ECA- Estatuto da Criança e Adolescente  
ESF - Equipe de Saúde da Família  
IVS- Índice de Vulnerabilidade a Saúde  
MS - Ministério da Saúde  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPAS - Organização Pan Americana de Saúde  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PSF - Programa de Saúde da Família  
SF - Saúde da Família  
SMSA - Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
URS – Unidade de Referência Secundária  
VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes  
WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	20
2.1 Objetivo Geral .....	20
2.2 Objetivos específicos .....	20
<b>3 MÉTODO</b> .....	21
3.1 Caracterização do estudo .....	21
3.2 Período e local do estudo .....	22
3.3 Sujeitos do estudo .....	23
3.4 Análise dos dados .....	24
3.5 Aspectos éticos .....	25
<b>4 ARTIGO - A abordagem da violência na Atenção Primária a Saúde de Belo Horizonte: o que pensam e fazem os profissionais de saúde.</b> .....	26
4.1 Resumo .....	26
4.2 Descritores .....	26
4.3 Abstract .....	27
4.4 Introdução .....	27
4.5 Método .....	31
4.6 Resultados e Discussão .....	33
4.6.1 Entendimento da violência .....	34
4.6.2 Preparo para Lidar com a Violência .....	39
4.6.3 Ações Desenvolvidas na Abordagem da Violência .....	44
4.6.4 Papel do Centro de Saúde e a Violência .....	47
4.6.5 Possibilidade de Prevenção da Violência .....	49
4.7 Considerações Finais .....	53
4.8 Bibliografia .....	56
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA PESQUISA</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	61
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO ENTREVISTA / PROFISSIONAL DE SAÚDE</b> .....	65
<b>ANEXO A - PARECER COEP UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, SOB O PROJETO 01140812.1.0000.5149</b> .....	66
<b>ANEXO B - PARECER PELO COEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, MAS/BH 01140812.1.3001.5140</b> .....	67
<b>ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	71
<b>ANEXO D - FOLHA DE APROVAÇÃO</b> .....	73
<b>ANEXO E - ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO</b> .....	74

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No plano internacional e nacional, a violência é reconhecida como questão social e de saúde pública. É considerada mundialmente como violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos (SCHRAIBER, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, anualmente, mais de 1,6 milhões de pessoas morrem vítimas de violência individual ou coletiva e muitas mais sofrem ferimentos não fatais, resultantes de auto-agressões, agressões interpessoais ou coletivas (MALTA, 2007).

No Brasil, entre 1980 e 2011, as mortes não naturais e violentas de jovens como acidentes, homicídio ou suicídio cresceram 207,9%. Do total de 46.920 mortes na faixa etária de 14 a 25 anos, em 2011, 63,4% tiveram causas violentas seja por acidentes de trânsito, homicídio ou suicídio (WAISELFISZ, 2013).

O crescimento das taxas de criminalidade e da violência urbana, nos últimos anos, tem causado forte sentimento de medo e insegurança, em particular no contexto das grandes cidades brasileiras (SILVA; BEATO FILHO, 2013). Estatísticas oficiais e pesquisas de vitimização parecem corroborar este cenário. Entre 1998 e 2008, o número de homicídios no país cresceu 19,45%, chegando a 26,4 mortes por 100 mil habitantes (SILVA; BEATO FILHO, 2013).

Pesquisa realizada pela Confederação Nacional dos Transportes – CNT e Sensus (2010) mostrou que 22% dos brasileiros elegeram a violência urbana como o principal problema a ser enfrentado, seguido pelas drogas (21,2%) e o desemprego (19%).(Sensus, 2010) Análises recentes têm confirmado este recrudescimento da vitimização nos grandes centros urbanos (SILVA; BEATO FILHO, 2013).

A violência é um fenômeno complexo que afeta todas as pessoas, tem múltiplas causas, sofre a interferência de fatores sociais e culturais, sendo, portanto, um termo de difícil conceituação.

Para Minayo e Souza:

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, 1998, p. 514)

Ainda para essas autoras a violência,

Consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual. (MINAYO; SOUZA, 1998, p. 514)

Para Melo (2010 a), a violência é um fenômeno que atinge toda a humanidade e subtrai a condição humana de quem a sofre diretamente e se apresenta como

[...] qualquer situação em que o ator social perde seu reconhecimento mediante o uso do poder, da força física ou de qualquer outro meio de coerção, sendo então rebaixado da condição de sujeito à condição de objeto (MELO, 2010 a, p. 12.)

Devido à importância e magnitude da violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e saúde. Nele, 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).

O Relatório apresenta uma tipologia para a violência classificando-a em três categorias segundo o sujeito que comete a violência. As categorias são: violência auto-provocada; violência interpessoal (intrafamiliar e comunitária) e violência coletiva (social, política e econômica) (KRUG *et al*, 2002).

O mesmo relatório classifica a natureza dos atos violentos como abusos e maus tratos. Entre os abusos são apontados o físico, o psicológico e sexual. Já os maus tratos são classificados como negligência e privação de cuidados. (KRUG *et al*, 2002).

O abuso físico se refere ao uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outra pessoa; o psicológico situa as agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, ofender ou humilhar a vítima; já o sexual diz respeito ao ato ou sedução sexual que ocorre nas relações hétero ou homossexual e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Por negligência ou abandono se entende a ausência, a recusa de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados. (KRUG *et al*, 2002).

Outra tipologia presente no Relatório da OMS, a interpessoal comunitária, é definida como a violência que ocorre entre as pessoas sem laços de parentesco, que podem ser conhecidos ou estranhos e acontece geralmente fora de casa. A violência comunitária praticada por conhecidos inclui os abusos contra crianças e idosos, desde que os mesmos aconteçam fora do âmbito doméstico. Já a violência interpessoal comunitária praticada por desconhecidos abarca atos aleatórios de violência, estupros ou ataques sexuais por estranhos, bem como a violência ocorrida em grupos institucionais, tais como, escolas, ambiente de trabalho e asilos (KRUG *et al*, 2002).

Por fim, a última tipologia apresentada pelo Relatório refere-se à violência coletiva, a qual se divide em social, política e econômica. Aqui se encontram os atos terroristas, a guerra e atos violentos praticados por grandes grupos.

Beato Filho e outros (2008) apontam uma relação forte entre a violência e os grandes centros urbanos ao mesmo tempo em que indagam o porquê de a mesma se manifestar com intensidade em alguns bairros e localidades das cidades. Para eles,

Muitas pessoas gostam de se referir ao fenômeno da explosão da criminalidade em grandes centros urbanos. Mais correto seria falar de implosão, pois ocorre em áreas específicas, no interior das comunidades, onde vítimas e agressores são originários do mesmo espaço e nele coabitam. (BEATO FILHO *et al*, 2008, p. 690).

No que se refere à saúde, a despeito do esforço para compreender sua complexidade, determinações sociais e condicionantes culturais, a relação violência

e saúde foi postergada, numa ausência de discussão acerca do impacto da primeira sobre a segunda (MINAYO; SOUZA 1999). As prováveis razões para esta situação são decorrentes do fato de a violência, historicamente, ter sido tratada no âmbito do direito criminal e da segurança pública. Associe-se a isso, o fato de a saúde ter tido uma postura de espectadora do fenômeno, muitas vezes atuando apenas como uma reparadora de danos advindos tanto dos conflitos sociais cotidianos, como daqueles provocadores de catástrofes, guerras, entre outros. (MINAYO; SOUZA, 1999). As autoras apontam ainda, duas razões para a violência ter se tornado uma preocupação para a área da saúde – o conceito ampliado de saúde e o fato de o mesmo abranger o agravo, a ameaça à vida, as condições de trabalho, entre outras questões, como integrantes do universo da saúde pública; e também o fato de que em sentido restrito, a violência afeta a saúde e frequentemente leva à morte (MINAYO; SOUZA, 1999).

Nesse contexto, alguns marcos regulatórios em âmbito nacional e internacional são criados a partir dos anos 1990, no sentido de incluir a temática da violência no campo das políticas públicas. Para fins deste trabalho, destacam-se alguns deles, quais sejam, a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990; a inclusão do tema violência na pauta da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) em 1993; a inclusão de causas externas de morbimortalidade na Classificação Internacional de Doenças (CID) em 1996; a inclusão do tema violência na pauta da OMS; Portaria MS/GM737 que instituiu a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade de Acidentes e Violência em 2001; Portaria MS/GM 936 que cria a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Cultura pela Paz em 2004; Portaria MS/GM 687 que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006; Portaria MS/GM 1356 que cria a Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) em 2006, e, por fim, a realização em 2008 de um seminário nacional denominado violência, uma epidemia silenciosa, promovido pelo CONASS, MS e OPAS, do qual se falará mais à frente (Adaptado de MELO, 2010 b – Editorial Revista AMMG).

Muitos são os desafios para a inserção do tema violência no contexto da saúde, entre eles a incorporação de sua prevenção na APS e o fortalecimento das respostas às vítimas (MALTA *et al*, 2007). Observa-se que, de modo geral a

violência é reconhecida e valorizada pela sociedade civil, mas acredita-se que ainda é pouco discutida pelas equipes, não ocupando o mesmo espaço que os demais temas assistenciais. Contudo, dada a tradição do setor em desenvolver práticas de prevenção e de promoção da saúde nos diferentes grupos populacionais acredita-se que os profissionais que atuam na APS, desempenham um importante papel no enfrentamento dessa problemática.

Para alguns autores (REICHENHEIM *et al.*, 2006; GUEDES, FONSECA, EGRY, 2013), a APS, por meio da Estratégia de Saúde da Família apresenta-se como um local privilegiado para a abordagem da violência.

A APS vem sendo priorizada por muitos países desde a Declaração de Alma Ata em 1978, documento por meio do qual a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários a definiu como estratégia principal para redução das desigualdades e melhorias das condições de vida e saúde (OMS, 1978). Essa conferência estimulou a busca para fortalecimento da APS, que deveria ser implementada de acordo com as singularidades organizacionais, políticas e estruturais de cada país.

A proposta foi reconhecida e difundida no Brasil, direcionando a organização da APS em todo território nacional e caracterizando esse nível de atenção como a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, observa-se a ampliação gradativa da proposta para a APS, tendendo para uma abordagem mais abrangente de Alma Ata. Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) assume a Atenção Básica (AB) como a denominação brasileira para a APS, como primeiro nível de atenção (MAGALHÃES, Jr *et al.*, 2010), sendo o modelo organizacional escolhido a Estratégia da Saúde da Família. Nesse contexto, o MS cria então, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual teve sua última versão publicada em 2012<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Neste trabalho os termos APS e AB serão utilizados como sinônimos.



Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012, p. 54)

A Saúde da Família (SF), entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS). Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, bem como na manutenção da saúde desta comunidade. A equipe de saúde da família (ESF) possui responsabilidade sanitária pelas famílias adscritas, as quais devem ser cadastradas. Ela deve organizar seu processo de trabalho objetivando amplo acesso à população e criar vínculo com os usuários visando à continuidade, à coordenação e longitudinalidade do cuidado.

A PNAB define as atribuições gerais dos profissionais da ESF e delimita as ações por categorias profissionais. Contudo, ela não especifica atribuições da equipe no que se refere à abordagem da violência, à exceção de algumas ações a serem realizadas no âmbito do Programa de Saúde na Escola. Nele, a PNAB recomenda a atuação integrada das equipes de saúde e da educação no desenvolvimento de ações de promoção da cultura de paz e prevenção das violências, entre outras (Brasil, 2012).

Alguns estudos (REICHENHEIM *et al*, 2006; GOMES *et al.*, 2013) desenvolvidos no Brasil demonstram que os trabalhadores da saúde da família compreendem bem seu papel no tratamento das sequelas sofridas pela violência. Contudo, demonstram também uma fragilidade no entendimento do papel preventivo, quer seja pela dificuldade que o tema traz, considerando as multifacetadas que envolvem a violência,

quer seja pelo medo ou receio, justamente pela proximidade e vínculo com as famílias.

Considerando a necessidade de discutir amplamente a violência como um problema de saúde pública, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) realizou entre dezembro de 2007 a fevereiro de 2008 cinco seminários regionais e um seminário nacional sobre o tema.

Ao final do processo foi publicado o documento “O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas”, cujas proposições foram organizadas em seis áreas: Vigilância, Pesquisa, Formação e Educação Permanente, Organização da Assistência, Prevenção e Promoção (incluindo a participação comunitária e a comunicação social) e Legislação.

No item denominado de “Propostas, estratégias e parcerias por áreas de atuação”, no quesito Prevenção e Promoção, o documento propõe a inserção de um amplo leque de ações de prevenção da violência e promoção da saúde nas atividades cotidianas das equipes, especialmente na APS e no Programa de Saúde da Família.

As ações propostas contemplaram, entre outras, a identificação e mapeamento de situações de risco na comunidade; o desenvolvimento de estratégias intersetoriais; o apoio ao conselho tutelar na avaliação de situações sugestivas de violência e negligência; a capacitação das equipes para o reconhecimento de sinais de violência em crianças, adolescentes e suas famílias; a introdução do assunto *violência intradomiciliar* nas ações educativas desenvolvidas pela equipe na comunidade; a proposição de ações de mobilização para combater a violência, e, por fim, o apoio à disseminação das informações sobre a violência e suas causas, bem como dos direitos das vítimas (CONASS, 2008).

Para MELO (2010 a) o seminário foi caracterizado pela preocupação com o caráter epidemiológico e o aumento progressivo de notificações da violência comparando-a a doenças de caráter epidêmico.

De qualquer modo, o que salta aos olhos é a gravidade da situação, que pode ser ilustrada pela comparação dos dados da violência com aqueles verificados em duas grandes epidemias, que provocaram forte mobilização da mídia e da opinião pública no Brasil: a de cólera e a de dengue. Tendo em vista a disparidade desses números, a campanha de mobilização do setor saúde deflagrada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde/CONASS qualificou a violência como uma epidemia silenciosa no dizer de seus organizadores, quaisquer doenças que apresentassem esses números causariam uma convulsão nacional. (MELO, 2010 a p. 02)

Considerando a abrangência das ações preconizadas e desenvolvidas pelas ESF, a abordagem da violência se insere na busca pela integralidade do cuidado por meio da promoção da saúde, da prevenção de agravos e da recuperação da saúde, na garantia do atendimento à demanda e na realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.

Sabe-se que a promoção da saúde no âmbito da ESF possibilita a melhora da qualidade de vida das pessoas e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados com os modos de viver de uma população adscrita à equipe.

Conseqüentemente, interfere diretamente na prevenção da violência.

Segundo Melo (2010 a),

Ela (Política de Promoção da Saúde) contribui para a prevenção de acidentes e violências na perspectiva do desenvolvimento sustentável; da mobilidade e acessibilidade humana, sustentável e com segurança; da promoção de ambientes, comportamentos e hábitos seguros e saudáveis para a população, procurando intervir sobre os fatores de risco e de proteção para violências e acidentes e sobre os modos e condições de vida. (MELO, 2010 a, p. 90).

Em consonância com as diretrizes nacionais, o município de Belo Horizonte (BH) também adotou a APS como porta de entrada do sistema e a Saúde da Família como a estratégia de reorganização da atenção básica. Em BH a APS está estruturada em uma rede de centros de saúde (CS) organizada em nove distritos sanitários. Além dos atendimentos médicos e de enfermagem à demanda espontânea, esses CS desenvolvem atividades específicas de vigilância por meio de visitas domiciliares e ações coletivas (TURCI, 2008).

As primeiras ESF do município foram implantadas em 2002, ficando responsáveis pela assistência à saúde das populações de maior risco de adoecer e morrer. Para essas populações, a estratégia de saúde da família acabou gerando uma mudança processual por dentro da rede de serviços, excluindo, sempre que possível, redes

paralelas ou concorrentes (TURCI, 2008).

Em 2003 foi lançado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), o documento “Recomendações para a Organização da Atenção Básica” (SMSA, 2003), com o objetivo de reafirmar a SF como eixo norteador da organização da AB.

O documento propôs a reinserção de todos os profissionais dos CS neste projeto, no sentido de possibilitar a integração entre as equipes; definiu as diretrizes assistenciais do processo de trabalho, quais sejam, o acesso universal, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização do cuidado, a autonomização do usuário, a atuação em equipe, a assistência integral e resolutiva, a atenção generalista do médico de saúde da família, a equidade, a participação no planejamento, o desenvolvimento de ações intersetoriais e o acolhimento (SMSA, 2003).

Foram também definidas as diretrizes assistenciais: garantia de acesso; estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários com responsabilização do cuidado; autonomia do usuário; trabalho em equipe; intersectorialidade; assistência integral, equânime e resolutiva. Além disso, o BH Vida saúde integral propõe que a prestação do cuidado deve ser vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais, com fluxos guiados pelo projeto terapêutico do usuário e deve também garantir acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência – linha de produção do cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Todo esse processo contribuiu para o avanço do SUS em Belo Horizonte (BH), configurando a APS como a porta de entrada principal do sistema de saúde municipal (FERREIRA *et al.*, 2011).

A partir de 2003, foram desenvolvidas iniciativas no sentido de organizar, fortalecer e qualificar a APS em BH, as quais geraram um processo de reorganização da rede municipal, seguida por uma ampla qualificação de toda a rede em 2006 (TURCI, 2008). Essa caminhada visando a reafirmar a estratégia de saúde da família e a qualificar os profissionais envolvidos culminou nas oficinas de atenção primária, realizadas entre 2009 e 2012, no município. As oficinas de qualificação envolveram

todos os profissionais dos CS e tinham por objetivo consolidar a atenção primária como eixo estruturador da atenção à saúde no município por meio do fortalecimento do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família; da capacitação dos trabalhadores envolvidos na APS; e da qualificação dos processos de trabalho locais. (FERREIRA *et al.*, 2011)

Contudo, segundo os autores,

a implantação da SF em BH desnudou questões amplas e delicadas como a violência em todos os seus matizes, a pobreza extrema e outras dificuldades da vida familiar. Em muitos casos, o sistema de saúde vem assumindo responsabilidades que extrapolam seu campo de atuação, exigindo cada vez mais a articulação com o conjunto das políticas sociais e urbanas. (FERREIRA *et al.*, 2011, p. 4)

Constata-se, portanto, a ocorrência de situações de violência na rede de serviços de BH, em especial na APS/SF, violência essa manifesta em todos dos seus matizes, e, conseqüentemente, presente tanto na realidade dos usuários como na dos profissionais que os atendem.

Assim, acredita-se ser necessária e urgente a realização de estudos que investiguem e contribuam para a reflexão dessa complexa temática junto aos profissionais da APS de Belo Horizonte.

Desvelar sua compreensão sobre o tema, identificar as ações realizadas, bem como entender seus limites e possibilidades no tratamento das situações vivenciadas, poderá contribuir para uma melhor identificação e enfrentamento das mesmas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Investigar a ocorrência de violência na APS de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores de saúde.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a. Analisar a compreensão dos profissionais das ESF sobre a violência;
- b. Analisar a percepção dos profissionais das equipes de saúde da família sobre seu preparo para lidar com situações de violência;
- c. Identificar as ações desenvolvidas pela ESF na abordagem da violência;
- d. Identificar o papel do centro de saúde na abordagem da violência;
- e. Identificar a percepção dos profissionais da ESF sobre a possibilidade de prevenção da violência.

## **3 MÉTODO**

Este estudo integra a pesquisa Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Primária que elege como objeto de estudo a atenção primária de quatro municípios mineiros: Belo Horizonte, Betim, Ribeirão das Neves e Santa Luzia, a qual objetiva investigar o perfil da violência e as formas de abordagem, pautadas principalmente nas ações de promoção de saúde, da atenção básica de saúde desses municípios.

O recorte aqui apresentado tem como objetivo geral investigar a ocorrência de violência na APS de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores de saúde.

### **3.1 Caracterização do estudo**

Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, que utilizou a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados.

A opção pela abordagem qualitativa se justifica uma vez que a mesma permite a observação de significados, motivos, aspirações e atitudes que não poderiam ser captados em uma pesquisa quantitativa (MINAYO, 2004)

Segundo Godoy, (1995), o estudo de caso é um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. O estudo de caso possibilita analisar uma unidade social, detalhando um ambiente, um sujeito ou uma situação em particular, em busca de respostas, considerando a multiplicidade de dimensões envolvidas no objeto da pesquisa, além das subjetividades e complexidade dos fenômenos,

O estudo de caso tem se tornado a estratégia preferida quando os pesquisadores procuram responder às questões "como" e "por quê" certos fenômenos ocorrem, quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados dentro de algum contexto de vida real. (GODOY, 1995, p. 25).

Minayo (2004), define a entrevista como uma conversa com finalidade. Citando Kahn e Cannell afirma que,

Conversa a dois feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador,) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo, (KAHN; CANNELL, *apud* MINAYO, 1993, pg.108)

As entrevistas tiveram duração média de 15 minutos, tendo sido utilizado um gravador portátil como recurso de áudio. O roteiro encontra-se no apêndice A.

### **3.2 Período e local do estudo**

O estudo foi desenvolvido no período de março a abril de 2015 no Distrito Sanitário Leste do Município de Belo Horizonte.

Este distrito possui população de 237.441 habitantes (IBGE, 2010) e sua rede de serviços está assim composta: 14 centros de saúde, dois serviços de saúde mental, uma unidade de urgência (UPA), duas unidades de referência secundária (URS), um centro de reabilitação, uma farmácia distrital, um laboratório distrital, um centro de testagem e aconselhamento<sup>2</sup>.

Foram selecionados três centros de saúde (CS) do referido distrito para a realização do estudo, sendo que a escolha dos mesmos se deu segundo o índice de vulnerabilidade de sua população adscrita. O Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) é um indicador composto utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de BH (SMSABH), que considera dados como renda, educação, trabalho, lazer e inserção social para estratificar a desigualdade na qualidade e estilo de vida das pessoas e conseqüentemente nas condições de vida. Este indicador tem como objetivo evidenciar populações com maior risco de adoecer e morrer baseado nas condições de saúde e classificar os setores censitários municipais como baixo, médio, elevado

---

<sup>2</sup> Disponível no portal PBH – Prefeitura de Belo Horizonte – [www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br)



e muito elevado risco. É utilizado desde 1998 e foi atualizado em 2012, baseado em dados populacionais do Censo 2010. (BH IVS, 2012).

A escolha do distrito levou em consideração o fato de o mesmo apresentar as características necessárias à realização da pesquisa (rede de saúde organizada e CS classificados com diferentes índices de vulnerabilidade). Associe-se, a isso, o interesse da pesquisadora, pelo fato de já ter atuado no mesmo como profissional de saúde. Assim, cada um dos CS escolhidos estava classificado em uma das modalidades de risco: muito elevado e elevado, médio e baixo risco.

Considerando os aspectos éticos relativos ao tipo de pesquisa escolhida neste projeto, as unidades não serão identificadas, mas sim nomeadas como CS1, CS2 e CS3.

O CS1, segundo IBGE 2010, possui uma população inscrita de 42.733 pessoas sendo que 94% são moradoras de área de baixo risco. Possui quatro equipes de saúde da família. Importante ressaltar que todos os centros de saúde de Belo Horizonte possuem profissionais médicos de apoio, sendo eles, clínico geral, pediatra e ginecologista. O CS2 é composto por quatro equipes de saúde da família que se responsabilizam por 14.718 mil pessoas (IBGE, 2010). Dessas 96,2% se inserem em área de médio risco. Já o CS3 conta com cinco equipes de saúde da família e, de acordo com o IBGE 2010, possui uma população total adscrita de 13.136 pessoas, sendo que 20,4 % estão em área de muito elevado risco, 73,7 % residem em área de elevado risco, totalizando 94,1% de residentes em área de risco muito elevado e elevado.

### **3.3 Sujeitos do estudo**

Foram entrevistados 26 profissionais integrantes das equipes de saúde da família dos três centros de saúde pesquisados. Participaram da pesquisa três médicos, três enfermeiras, seis auxiliares de enfermagem e doze agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal. As equipes foram sorteadas de forma aleatória, tendo participado uma equipe de cada unidade.

### 3.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1995), a qual consiste em um conjunto de técnicas para análise e tratamento das comunicações através de procedimentos sistemáticos para descrição das mensagens (BARDIN, 1995).

Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. (BARDIN, 1995, p. 31)

A autora define a análise de conteúdo destacando a possibilidade de descrição de indicadores que possibilitam efetuar deduções lógicas e justificáveis de um conteúdo analisado:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1995, p. 42)

As falas foram transcritas na íntegra. Para a garantia do anonimato os participantes foram designados pela primeira letra de sua profissão e numerados em sequência. Assim, os médicos identificados pela letra M e numerados de 1 a 3; as enfermeiras pela letra E e numeradas de 1 a 3; as auxiliares de enfermagem pelas letras AE de 1 a 6 e as agentes comunitárias pelas letras A e numeradas de 1 a 12. Os profissionais da saúde bucal foram nomeados como CD1 e ASB 1.

Após a transcrição das entrevistas efetuou-se a leitura exaustiva das mesmas de modo a possibilitar sua codificação e categorização. Foram então definidas as seguintes categorias de análise: entendimento de violência; preparo para lidar com violência; abordagem da violência pela equipe; papel do centro de saúde no enfrentamento da violência e possibilidade de prevenção da violência.

### **3.5 Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer 01140812.1.0000.5149 (ANEXO A) e pelo COEP da SMSA/BH 01140812.1.3001.5140 (ANEXO B)

Todos os participantes foram avisados sobre os objetivos da pesquisa e da garantia de sigilo quanto às informações relatadas. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C).

Em cumprimento às normas do Programa do Mestrado Profissional de Promoção à Saúde e Prevenção da Violência, os resultados serão apresentados sob a forma de artigo, o qual abordará os resultados provenientes das entrevistas com os profissionais das equipes. Este artigo será apresentado a uma revista brasileira; Título: A abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte: o que pensam e fazem os profissionais de saúde; um estudo de caso.

## **4 ARTIGO - A abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte: o que pensam e fazem os profissionais de saúde.**

### **4.1 Resumo**

A violência é um fenômeno complexo que afeta todas as pessoas, tem múltiplas causas, sofre a interferência de fatores sociais e culturais e tem aumentado tanto em âmbito nacional como internacional.

A inserção do tema da violência na saúde representa um desafio para a organização dos serviços, em especial a Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do sistema, bem como para os profissionais que nela atuam.

Este estudo objetivou investigar a ocorrência de violência na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores integrantes das equipes de saúde da família. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, a qual utilizou entrevistas semiestruturadas. Foram pesquisados três centros de saúde, inseridos em diferentes áreas de risco social e sanitário conforme índice de vulnerabilidade em saúde utilizado no município.

Os resultados apontaram: o entendimento da violência como uma questão complexa de múltiplas conceituações; a maioria dos profissionais se sentem preparados para lidar com o tema; ações de abordagem da violência são realizadas no cotidiano das equipes; a promoção à saúde como a principal atribuição do centro de saúde em relação ao tema; a percepção de que é possível prevenir a violência.

### **4.2 Descritores**

Violência, estratégia de saúde da família, cultura da paz

### 4.3 Abstract

The violence is a complex phenomenon that affects all the people, it has multiple causes, it suffers the interference from social and cultural factors and it has increased much in national and international scopes.

The insertion of the subject of the violence in health represents a challenge for the organization of the jobs, the Primary Attention to Health, carries of input of especially the system, as well as for the professionals who act in it.

This study aimed to investigate the occurrence of violence in the Primary Attention to the Health of Belo Horizonte city in the perspective of the workers of the teams of family health .

This study is about qualitative and exploratory research type, which used semi structuralized interviews. Three centers of health, inserted in different areas of social and sanitary risk as index of vulnerability in health used in the city were searched.

The results pointed out the agreement of the violence as a complex question of multiple conceptualizations; the majority of the professionals feels prepared to deal with the subject; actions of boarding of the violence are carried out in the daily of the activities teams; the promotion to health as the main attribution of the health center in relation to the subject; the perception that it is possible to prevent violence.

**Key Words** : Violence , Family Health Strategy , Culture of Peace

### 4.4 Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde, anualmente, mais de 1,6 milhões de pessoas morrem vítimas de violência individual ou coletiva e muitas mais sofrem ferimentos não fatais, resultantes de autoagressões, agressões interpessoais ou coletivas (OMS *apud* MALTA *et al.* 2007).

No Brasil, entre 1980 e 2011, as mortes não naturais e violentas de jovens como acidentes, homicídio ou suicídio cresceram 207,9%. Do total de 46.920 mortes na

faixa etária de 14 a 25 anos, em 2011, 63,4% tiveram causas violentas seja por acidentes de trânsito, homicídio ou suicídio (WAISELFISZ, 2013).

O crescimento das taxas de criminalidade e da violência urbana, nos últimos anos, tem causado forte sentimento de medo e insegurança, em particular no contexto das grandes cidades brasileiras. Estatísticas oficiais e pesquisas de vitimização parecem corroborar este cenário. Entre 1998 e 2008, o número de homicídios no país cresceu 19,45%, chegando a 26,4 mortes por 100 mil habitantes (SILVA; BEATO FILHO, 2013).

A violência é um fenômeno complexo que afeta todas as pessoas, tem múltiplas causas, sofre a interferência de fatores sociais e culturais, sendo, portanto, um termo de difícil conceituação.

Para Minayo e Souza (1998):

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, 1998, p. 514)

Devido à importância e magnitude da violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, o qual apresenta uma tipologia para a violência classificando-a em três categorias segundo o sujeito que comete a violência, quais sejam, violência auto-provocada; violência interpessoal (intrafamiliar e comunitária) e violência coletiva (social, política e econômica) (KRUG *et al*, 2002). O mesmo relatório classifica a natureza dos atos violentos como abusos e maus tratos. Entre os abusos são apontados o físico, o psicológico e sexual. Já os maus tratos são classificados como negligência e privação de cuidados (KRUG *et al*, 2002).

No que se refere à saúde, a despeito do esforço para compreender sua complexidade, determinações sociais e condicionantes culturais, a relação violência e saúde foi postergada, numa ausência de discussão acerca do impacto da primeira sobre a segunda (MINAYO; SOUZA, 1999). As autoras apontam ainda, duas razões para a violência ter se tornado uma preocupação para a área da saúde – o conceito

ampliado de saúde e o fato de o mesmo abranger o agravo, a ameaça à vida, as condições de trabalho, entre outras questões, como integrantes do universo da saúde pública; e também o fato de que em sentido restrito, a violência afeta a saúde e frequentemente leva à morte (MINAYO; SOUZA, 1999).

Muitos são os desafios para a inserção do tema violência no contexto da saúde, entre eles a incorporação de sua prevenção na APS e o fortalecimento das respostas às vítimas (MALTA *et al.*, 2007). Observa-se que, de modo geral, a violência é reconhecida e valorizada pela sociedade civil, mas acredita-se que ainda é pouco discutida pelas equipes, não ocupando o mesmo espaço que os demais temas assistenciais. Contudo, dada a tradição do setor em desenvolver práticas de prevenção e de promoção da saúde nos diferentes grupos populacionais acredita-se que os profissionais que nela atuam, desempenham um importante papel no enfrentamento dessa problemática.

Para alguns autores a APS, por meio da Estratégia de Saúde da Família apresenta-se como um local privilegiado para a abordagem da violência. (REICHENHEIM *et al.*, 2006; GUEDES, FONSECA, EGRY, 2013)

Alguns estudos (REICHENHEIM *et al.*, 2006; GOMES *et al.*, 2013) desenvolvidos no Brasil demonstram que os trabalhadores da saúde da família compreendem bem seu papel no tratamento das sequelas sofridas pela violência. Contudo, demonstram também uma fragilidade no entendimento do papel preventivo, quer seja pela dificuldade que o tema traz, considerando as multifacetadas que envolvem a violência, quer seja pelo medo ou receio, justamente pela proximidade e vínculo com as famílias.

Considerando a necessidade de se discutir amplamente a violência como um problema de saúde pública, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) realizou entre dezembro de 2007 a fevereiro de 2008, cinco seminários regionais e um seminário nacional sobre o tema.

Ao final do processo foi publicado o documento “O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas”, o qual, entre outras recomendações, propôs a inserção de um amplo leque de ações de prevenção da

violência e promoção da saúde nas atividades cotidianas das equipes, especialmente na APS e no Programa de Saúde da Família.

Considerando a abrangência das ações preconizadas e desenvolvidas pelas ESF, a abordagem da violência se insere na busca pela integralidade do cuidado por meio da promoção da saúde, da prevenção de agravos e da recuperação da saúde, na garantia do atendimento à demanda e na realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.

Sabe-se que a promoção da saúde no âmbito da ESF possibilita a melhora da qualidade de vida das pessoas e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados com os modos de viver de uma população adscrita à equipe. Consequentemente interfere diretamente na prevenção da violência.

Em consonância com as diretrizes nacionais o município de Belo Horizonte (BH), também adotou a APS como porta de entrada do sistema e a Saúde da Família como a estratégia de reorganização da atenção básica. Em BH a APS está estruturada em uma rede de centros de saúde (CS) organizada em nove distritos sanitários. Além dos atendimentos médicos e de enfermagem à demanda espontânea, esses CS desenvolvem atividades específicas de vigilância por meio de visitas domiciliares e ações coletivas (TURCI, 2008).

A partir de 2003, foram desenvolvidas iniciativas no sentido de organizar, fortalecer e qualificar a APS em BH, as quais geraram um processo de reorganização da rede municipal, seguida por uma ampla qualificação de toda a rede em 2006 (TURCI, 2008; FERREIRA *et al.*, 2011)

Contudo, segundo Ferreira e outros (2011),

a implantação da SF em BH desnudou questões amplas e delicadas como a violência em todos os seus matizes, a pobreza extrema e outras dificuldades da vida familiar. Em muitos casos, o sistema de saúde vem assumindo responsabilidades que extrapolam seu campo de atuação, exigindo cada vez mais a articulação com o conjunto das políticas sociais e urbanas. (FERREIRA *et al.*, 2011, p. 4)

Constata-se, portanto, a ocorrência de situações de violência na rede de serviços de BH, em especial na APS/SF, violência essa manifesta em todos dos seus matizes, e, conseqüentemente, presente tanto na realidade dos usuários como na dos profissionais que os atendem.



Neste contexto este artigo objetivou investigar a ocorrência de violência na APS/BH na perspectiva dos trabalhadores de saúde. Desvelar sua compreensão sobre o tema, identificar as ações realizadas, bem como entender seus limites e possibilidades no tratamento das situações vivenciadas, poderá contribuir para uma melhor identificação e enfrentamento das mesmas.

Espera-se que o estudo possa contribuir para a reflexão dessa complexa temática junto aos profissionais que atuam na APS tanto do município, como em outras localidades brasileiras.

#### **4.5 Método**

Este estudo integra a pesquisa Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Primária que elege como objeto de estudo a atenção primária de quatro municípios mineiros, Belo Horizonte, Betim, Ribeirão das Neves e Santa Luzia, a qual objetiva investigar o perfil da violência e as formas de abordagem, pautadas principalmente, nas ações de promoção de saúde, da atenção básica de saúde desses municípios.

O recorte aqui apresentado tem como objetivo geral investigar a ocorrência de violência na APS de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores de saúde.

Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, que utilizou a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados.

A opção pela abordagem qualitativa se justifica uma vez que, a mesma permite a observação de significados, motivos, aspirações e atitudes que não poderiam ser captados em uma pesquisa quantitativa (MINAYO, 2004)

Segundo Godoy, (1995), o Estudo de Caso é um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. O Estudo de Caso possibilita analisar uma unidade social, detalhando um ambiente, um sujeito ou uma situação em particular,

em busca de respostas, considerando a multiplicidade de dimensões envolvida no objeto da pesquisa, além das subjetividades e complexidade dos fenômenos.

A pesquisa foi desenvolvida em três CS do Distrito Sanitário Leste do município de BH e a seleção dos mesmos se deu por meio do Índice de Vulnerabilidade Saúde (IVS) utilizado pelo município. O IVS é um indicador composto utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de BH (SMSABH), que considera dados como renda, educação, trabalho, lazer e inserção social para estratificar a desigualdade na qualidade e estilo de vida das pessoas e conseqüentemente nas condições de vida, objetivando evidenciar populações com maior risco de adoecer e morrer baseado nas condições de saúde e classificar os setores censitários municipais como elevado, muito elevado, médio e baixo risco. Foram então escolhidos três CS, cada um classificado em uma das modalidades de risco: muito elevado e elevado, médio e baixo risco. Considerando os aspectos éticos relativos ao tipo de pesquisa escolhida as unidades não serão identificadas, mas sim nomeadas como CS1, CS2 e CS3.

Foram entrevistados 26 profissionais integrantes das equipes de saúde da família dos três centros de saúde pesquisados. Participaram da pesquisa três médicos; três enfermeiras; seis auxiliares de enfermagem e doze agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal. As equipes foram sorteadas de forma aleatória, tendo participado uma equipe de cada unidade. As entrevistas tiveram duração média de 15 minutos, tendo sido utilizado, em todas elas um gravador portátil como recurso de áudio.

A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1995), a qual consiste em um conjunto de técnicas para análise e tratamento das comunicações através de procedimentos sistemáticos para descrição das mensagens (BARDIN, 1995).

As falas foram transcritas na íntegra. Para a garantia do anonimato os participantes foram designados pela primeira letra de sua profissão e numerados em sequência. Assim, os médicos identificados pela letra M e numerados de 1 a 3; as enfermeiras pela letra E e numeradas de 1 a 3; as auxiliares de enfermagem pelas letras AE de 1

a 6 e as agentes comunitárias pelas letras A e numeradas de 1 a 12. Os profissionais da saúde bucal foram nomeados como CD1 e ASB 1.

Após a transcrição das entrevistas efetuou-se a leitura exaustiva das mesmas de modo a possibilitar sua codificação e categorização. Foram então definidas as seguintes categorias de análise: entendimento de violência, preparo para lidar com violência, abordagem da violência pela equipe, papel do centro de saúde no enfrentamento da violência e possibilidade de prevenção da violência.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer 01140812.1.0000.5149 (ANEXO A) e pelo COEP da SMSA/BH 01140812.1.3001.5140 (ANEXO B)

Todos os participantes foram avisados sobre os objetivos da pesquisa e da garantia de sigilo quanto às informações relatadas. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C).

#### **4.6 Resultados e Discussão**

Os resultados serão apresentados segundo as categorias definidas: entendimento da violência, preparo para lidar com a violência, ações desenvolvidas na abordagem da violência, o papel do centro de saúde e a violência, possibilidade de prevenção da violência.

Importante ressaltar que, embora a escolha dos CS a serem pesquisados tenha utilizado o IVS, a análise dos resultados não demonstrou diferenças importantes entre os mesmos, exceto na categoria “Preparo para lidar com a violência.” Nela, os profissionais que atuam em área de risco elevado ou muito elevado se sentem mais preparados para lidar com o tema.

#### 4.6.1 Entendimento da violência

Os entrevistados pontuaram que o tema da violência é amplo, uma temática de difícil abordagem, uma vez que as pessoas têm medo de falar sobre o tema ou omitem seus problemas nessa área. Houve também o reconhecimento da grande presença da violência nos dias atuais.

[...] Acho que violência por si só é tema difícil de ser abordado. Até mesmo porque muitas pessoas ou têm medo de falar ou omitem seus problemas e sua formas de violência. (M3)

Alguns a classificaram como uma situação nata, que existe e nunca sairá do contexto social, relacionando-a com diferentes situações da vida societal. Assim, violência foi conceituada como quebra de conceitos e consequente falta de respeito com a crença dos outros; como vivências pessoais passadas e sofrimento mental; como extravasamento de sofrimento interno; como falta de informação ou informação deturpada; como constrangimento e medo; como desrespeito.

[...] a violência existe, ela está aí. Nunca vamos poder tirá-la do nosso contexto. (E2)

A violência pra mim é [...] uma quebra de conceito. Quando que quebra? Quando vai na casa da pessoa e não respeita (A3)

Violência é decorrência da falta de informação da comunidade[...] (E3)

As diferentes conceituações apresentadas abrigaram também, concepções de tipologia de violência que vão desde qualquer forma que traga desconforto emocional e prática de mal-estar ao outro, a classificações mais usuais como violência familiar, física, moral, psicológica, social e verbal, sendo esta última apontada como a mais sofrida pelos profissionais de saúde.

Segundo Minayo e Souza (1998), o objeto violência possui uma especificidade caracterizada por ser um tema difícil de ser abordado pelas formas convencionais do conhecimento em razão da polissemia, multifatorialidade e complexidade que o acompanha. Para as autoras,

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, 1998, p. 514)

Constata-se, portanto, o amplo entendimento de violência tanto por parte dos entrevistados como dos estudiosos do tema, compondo um mosaico de múltiplas formas, tipos e conceituações.

Acredita-se que esse amplo entendimento advém da prática cotidiana dos profissionais que trabalham na SF, os quais provavelmente têm que lidar com diferentes situações em seu cotidiano de trabalho.

Os tipos e a classificação da violência foram definidos no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde publicado pela OMS em 2002, no qual 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 (KRUG *et al*, 2002, p. 5).

O Relatório apresenta uma tipologia para a violência classificando-a em três categorias segundo o sujeito que a comete, quais sejam: violência auto-provocada; violência interpessoal (intrafamiliar e comunitária) e violência coletiva (social, política e econômica) (KRUG *et al*, 2002). O mesmo relatório classifica a natureza dos atos violentos como abusos e maus tratos. Entre os abusos são apontados o físico, o psicológico e sexual. Já os maus tratos são classificados como negligência e privação de cuidados. (KRUG *et al*, 2002).

O abuso físico se refere ao uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outra pessoa; o psicológico situa as agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, ofender ou humilhar a vítima; já o sexual diz respeito ao ato ou sedução sexual que ocorre nas relações hétero ou homossexual e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Por negligência ou abandono se entende a ausência, a recusa de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados. (KRUG *et al*, 2002).

Outra tipologia presente no Relatório da OMS, a interpessoal comunitária, é definida como a violência que ocorre entre as pessoas sem laços de parentesco, que podem ser conhecidos ou estranhos e acontece geralmente fora de casa. A violência comunitária praticada por conhecidos inclui os abusos contra crianças e idosos, desde que os mesmos aconteçam fora do âmbito doméstico. Já a violência interpessoal comunitária praticada por desconhecidos abarca atos aleatórios de violência, estupros ou ataques sexuais por estranhos, bem como a violência ocorrida em grupos institucionais, tais como, escolas, ambiente de trabalho e asilos (KRUG *et al*, 2002).

Por fim, a última tipologia apresentada pelo Relatório, refere-se à violência coletiva, a qual se divide em social, política e econômica. Aqui se encontram os atos terroristas, a guerra e atos violentos praticados por grandes grupos.

Tomando como base as definições do Relatório, percebeu-se que os entrevistados se referiram com maior ênfase à violência interpessoal tanto em seu aspecto intrafamiliar como comunitário. A análise dos relatos mostrou ser essa a tipologia que melhor retrata o entendimento dos mesmos acerca do que é violência, ou seja, violência como sinônimo de violência interpessoal familiar e comunitária, nas naturezas abuso físico, psicológico, sexual e negligência.

Na concepção de violência apresentada por muitos entrevistados, houve a preocupação em destacar situações presentes em contextos familiares, tais como maus tratos a indivíduos vulneráveis (criança, mulher e idosos), violência entre pais e filhos, quando os primeiros agredem em demasia os segundos; e entre maridos e mulheres; situações essas definidas como violência interpessoal familiar ou doméstica.

Violência é atingir fisicamente, bater, agredir e machucar o outro.  
(AE2)

Acho que são várias formas (de violência). Qualquer forma que traga um desconforto emocional para a pessoa. Não necessariamente violência física [...]. Tem violência emocional. Na saúde da família você pode ver contra a mulher, contra criança, idoso.( M1)

Violência pra mim é maltratar os idosos, [...] já aconteceu de ter casos de criança que está sendo violentada. É maltratar os idosos, e crianças principalmente e [...] a mulher. É (violência) doméstica. (A10)

Segundo os entrevistados, a equipe visualiza a violência em diferentes contextos sociais, mesmo em famílias de maior renda. Tal fato foi exemplificado por situações de violência relacionadas à falta de cuidado, maus tratos, desrespeito e desleixo para com os idosos. Pôde-se constatar assim, a percepção da violência interpessoal familiar na natureza da negligência e omissão do cuidado, em consonância com relatório da OMS, 2002.

Tem gente [...] que tem condições e você chega na casa e vê idoso jogado [...] isso pra mim é mau trato, é violência. Não é só de bater, causar hematoma, agressão [...] Eu vejo mais este outro tipo de violência, desleixo, falta cuidado, falta respeito principalmente ao estatuto do idoso. (M1)

No que tange à violência interpessoal na natureza do abuso psicológico, a agressão verbal foi apontada pelos depoentes como a mais comum.

Para eles as palavras agredem, sendo esta, a forma de violência mais sofrida pelos profissionais da saúde e, portanto, a mais comum nos serviços de saúde.

O que é mais agudo é a pessoa que chega agressivo, agredindo verbalmente. Às vezes a gente tem assistido caso de agressão fisicamente. Sair e agredir profissional de saúde. Mas o mais comum é verbal. (M2)

Violência eu entendo assim por agressão verbal, física, desacato, desrespeito em qualquer nível. (AE5)

A violência interpessoal e verbal aparece comumente nos espaços intrafamiliares e nos locais de trabalho. Rosenfeld (2015) define a violência verbal como

[...] palavras muito duras ou jocosas, ameaças, injúrias, sempre com o objetivo de rebaixar, humilhar, oprimir, amedrontar, tyrannizar e maltratar. Às vezes essa prática vem escondida sob a capa de brincadeiras que deixam o outro sem graça, envergonhado e, muitas vezes, sem condição de defesa, afinal é apenas uma “brincadeira” e que, normalmente, parte de alguém de mais poder ou força (ROSENFELD, 2015, p. 1)

Uma interessante concepção de violência apresentada pelos entrevistados referiu-se à liberdade de expressão e à ausência de comunicação. Assim, também foram conceituados como violência, a privação do diálogo; o silêncio e a omissão.

Eu acho que é qualquer coisa que priva o outro da arte do diálogo (E2)

[...] Às vezes a pessoa não fala nada, mas o próprio silêncio já é uma forma de agressão [...] a omissão acho que é forma de agressão também [...] Então é isso que entendo por violência. (CD1)

Ao discorrer sobre a importância da comunicação para a autonomia dos sujeitos, (Melo, 2010 a) afirma que essa competência deve ser recuperada em cada espaço. Para a autora, a ação comunicativa é definida como uma interação isenta de uma força de coerção, em que acontece uma situação de reciprocidade entre os comunicantes, fortalecendo a condição de sujeitos competentes, sendo então, uma interação intersubjetiva mediada pela linguagem. (MELO, 2010 a).

A violência seria, portanto, qualquer situação em que o ator social perde esse reconhecimento de sujeito competente, mediante uso do poder, da força física ou de qualquer outro meio de coerção, sendo conseqüentemente rebaixado à condição de objeto. Para ela,

[...] a colonização do mundo da vida nada mais é do que a perda generalizada dessa condição (de sujeito): é, portanto, violência por si própria, que gera mais violência, que, por sua vez, substitui mais ainda processos comunicativos de coordenação da ação. (MELO, 2010 a, p. 12.)

Corroborando com a afirmação anteriormente referida acerca da amplitude e da polissemia do conceito de violência, destaca-se mais uma concepção apresentada por um entrevistado. Para ele, a cobrança por parte do gestor para a otimização do trabalho realizado na unidade e o estresse dela advindo, constitui-se como uma forma de violência.

Ela pode chegar também como uma cobrança pelo próprio gestor em cima da otimização do trabalho [...] a forma como chega pra gente. [...] levando você a ficar estressado, a piorar seu quadro de saúde. Isso também é uma violência (E1)

Outra tipologia presente no Relatório da OMS, a interpessoal comunitária, é definida como a violência que ocorre entre as pessoas sem laços de parentesco, que podem ser conhecidos ou estranhos e acontece geralmente fora de casa. A violência comunitária praticada por conhecidos inclui os abusos contra crianças e idosos, desde que os mesmos aconteçam fora do âmbito doméstico. Já a violência interpessoal comunitária praticada por desconhecidos abarca atos aleatórios de violência, estupros ou ataques sexuais por estranhos, bem como a violência ocorrida em grupos institucionais, tais como, escolas, ambiente de trabalho e asilos (KRUG *et al*, 2002).



Acredita-se que a mesma está presente nos relatos dos entrevistados, uma vez que os mesmos apontaram o uso de armas, drogas, furto e latrocínio como um tipo de violência.

Violência [...] para mim é agressão, assassinato, furto, latrocínio (A6)

Em se tratando de profissionais inseridos nos serviços de saúde, na ESF, outra concepção de violência referiu-se à violência institucional contra o usuário. Esta foi exemplificada por meio de situações enfrentadas pelo mesmo nos serviços tais como não ter acesso a um atendimento humanizado, más condições físicas da unidade e dificuldade de acesso a consultas e exames.

Violência é tudo que incomoda um trabalhador. Seja ela interna no próprio serviço [...]ou de relações externas que vêm de outras pessoas que usam o serviço. [...] assim as boas condições de trabalho que deveriam ser organizadas de acordo com uma demanda ela não existe. Pra mim isso tudo é violência. O próprio usuário não ter espaço para ter atendimento humanizado. (E1)

[...] Às vezes a dificuldade em relação à consulta especializada ou exame. O SUS não fornece. É uma violência. E violência contra o paciente, pois com esta negativa ele já recebeu a violência antes de ser atendido pelo profissional. (M2)

A violência institucional é definida como aquela que acontece nos serviços públicos, tanto pela ação como pela omissão, incluindo a dificuldade de acesso ou má qualidade dos serviços públicos. Nesta classificação inserem-se os abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais, assim como a peregrinação pelos serviços públicos para conseguir o atendimento, a falta de escuta e tempo para o atendimento, a negligência, dentre outros. (BRASIL, 2001)

#### *4.6.2 Preparo para Lidar com a Violência*

Os entrevistados se definiram como preparados, não preparados e mais ou menos preparados para lidar com a violência.

No primeiro grupo, o preparo foi atribuído a diferentes motivos, entre eles, a maturidade profissional, a formação familiar e humana, as habilidades pessoais, o fato de morar na comunidade e a realização de curso de qualificação. Este último, denominado Caminhos para o Cuidado, consistiu numa capacitação oferecida pela SMSA/BH em parceria com Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de MG e dirigida às ACS e AE, no intuito de prepará-los para lidar com usuários em uso abusivo de álcool e outras drogas,

[...] Como eu tenho 10 anos que estou aqui agora estou tendo mais maturidade para mexer com isso (violência). No começo achei muito estranho. (AE1)

[...] O que eu sei lidar com as situações que aparecem é o que eu aprendi na minha formação humana, de família, mas assim preparo mesmo né de curso de autodefesa não tive. (CD1)

Sinto (preparada) e depois deste curso, melhor ainda. [...] Por que muitas coisas a gente fazia vista grossa. A gente vê que não é por aí O curso é muito bom viu. Eu me sinto preparada. (A5)

Alguns profissionais, todos eles agentes de saúde, associaram seu preparo para lidar com a violência ao fato de morarem na comunidade. Isso demonstra que conhecer o dia-a-dia da mesma e conseqüentemente vivenciar situações cotidianas de violência pode ser um facilitador para lidar com o tema. Essa situação apareceu nos depoimentos dos entrevistados que trabalham em áreas de elevado e muito elevado risco.

Ressalta-se, entretanto, que, na opinião de uma entrevistada, o mesmo não acontece com os profissionais externos à comunidade, os quais, por não vivenciarem seu cotidiano, não estão preparados para lidar com a violência.

[...] Tem aquele vínculo com as famílias. Acaba criando amizade com o chefe do tráfico, amizade assim, de eles te conhecerem por que você vai na casa dele. Eles não fazem nada aqui com a gente no centro de saúde. Se tiver algum tipo violência são pessoas totalmente de fora. (A9)

Como moro na comunidade a cada dia tem uma situação que passa por ela e acaba aprendendo a lidar com a situação. [...] de certa maneira acaba aprendendo a viver com isso. (A12)

[...] pra mim as pessoas que trabalham aqui por não morar não estão muito bem preparados. Na minha opinião não estão muito preparados não. (A11)

Além de ser moradora da comunidade e exercer sua função em área de elevado risco, a profissional abaixo associa seu preparo para lidar com a violência ao respeito mútuo que construiu com a comunidade, sendo este um facilitador para o seu trabalho.

Eu trabalho em área de tráfico. [...] Então assim eu aprendi a trabalhar neste sentido, eu ter o respeito por eles e eles me respeitarem como agente de saúde. Com relação ao meu trabalho essa coisa de violência eu aprendi lidar com eles com respeito. (A6)

Como se disse, observou-se que os profissionais que lidam em áreas de risco muito elevado e elevado, sentiam-se mais preparados que aqueles atuantes em área de baixo risco.

Residir na comunidade também foi apontado como um facilitador por um entrevistado que declarou despreparo para lidar com a violência. Assim como os outros depoentes, ele reconheceu que esta é uma condição facilitadora para o enfrentamento da questão.

Eu moro aqui, moro na minha área e então assim preparado a gente nunca está para trabalhar com a violência, mas pra mim que moro aqui e conheço acho que chega, assim de uma forma mais tranquila. (A11)

Dois profissionais associaram seu preparo às suas habilidades pessoais, tais como paciência, jogo de cintura e humildade. Para eles, a capacidade de mediação de conflitos é um facilitador importante e, assim, se sentiam preparados para lidar com a violência utilizando estas habilidades e posturas.

Dentro das limitações que temos sim. [...] A gente procura sempre tratar a pessoa bem e ter cuidado de não achar sempre que a gente está certo.[...] Procuro ter paciência, humildade para lidar com as pessoas. (M2)

No meu jeito de ser eu até contornei muitas vezes porque eu tenho paciência, tenho um pouco de jogo de cintura com isso. [...] A gente tem que ter paciência [...] se você for agir com a mesma violência que a pessoa vem, verbal ou até intimidando, a gente parte pra briga. Se for fazer desse jeito não consegue mediar. (AE4)

O depoimento a seguir enfatiza a importância da persistência e da confiança nas pessoas como instrumentos que auxiliam no preparo para lidar com a violência.

Eu me sinto (preparada) [...] [...] Não desisto das pessoas. Eu confio nas pessoas. Sou persistente. (E3)

Outros depoentes evidenciaram a importância do diálogo, do conhecimento e da informação na abordagem da violência.

Sim, questão de conversa e orientação [...] acredito que diminui (a violência) um pouco. (AE6)

A gente é preparado, né. [...] Porque a gente fica sempre orientando conversando com eles, procura saber alguma coisa sobre a família. (A10)

Apesar de a pesquisa empírica do presente estudo indicar a existência de um expressivo grupo de profissionais que se sentem preparados para lidar com a violência, alguns trabalhos sobre o tema sinalizam em outra direção.

No estudo intitulado “A violência contra a mulher no cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica”, Pedrosa e Spink, (2011) concluem pela existência de uma lacuna na formação dos profissionais de serviços de saúde, que se constitui como um dificultador para que eles possam lidar corretamente com a violência:

Essa lacuna na formação reflete-se no dia a dia dos profissionais nos serviços de saúde que, muitas vezes, sentem-se inaptos para lidar com as questões associadas à violência doméstica. Sem a capacitação para o enfrentamento da questão e sem ter a quem recorrer nos momentos de dificuldades, os profissionais vão aprendendo a lidar com a complexidade por meio da prática, criando a sua própria maneira de atendimento (PEDROSA; SPINK, 2011, p.132).

A mesma lacuna foi apontada por Araújo, Cruz e Rocha (2013), ao abordarem a violência na velhice:

[...] a maioria dos profissionais de saúde não se sente capacitada para identificar e encaminhar devidamente os casos de maus-tratos contra o idoso. Muitas vezes, a situação é denunciada, no entanto, ao retornarem às suas casas, são maltratados novamente, gerando medo e apreensão [...] (ARAÚJO; CRUZ; ROCHA, 2013, p. 209)

Os achados se referem ao despreparo para lidar com situações e clientela específicas, idoso e violência doméstica, situações essas comuns no dia a dia dos profissionais que atuam na SF. Fica clara, portanto, a necessidade de maior capacitação dos mesmos no sentido de não só saber identificar, como intervir nas diversas situações apresentadas. A ausência de uma referência teórica e técnica imputam aos mesmos a criação de um *modus operandi* próprio, que muitas vezes, corre o risco de ser ineficiente.

Acredita-se que, ao curso oferecido pela SMSA/BH já referido, devem ser acrescentadas outras iniciativas de forma a melhor preparar seus trabalhadores para enfrentar tão complexo tema.

No segundo grupo, os profissionais declararam não se sentirem preparados para lidar com a violência. Dois deles não apresentaram outras considerações acerca da questão e dois reforçaram a necessidade de qualificação para o enfrentamento do tema. Um último declarou não acreditar que seja possível estar preparado, independentemente dos aportes recebidos.

Acho que, violência todos nós carecemos de mais preparo. (M3)

Olha, estudo, aprendizado melhor é sempre bom. (M1)

Não, nunca estamos. Acho que qualquer pessoa de sã consciência nunca está preparada para trabalhar com a violência, a não ser que ela seja uma pessoa violenta. (E2)

Os profissionais acima exercem suas atividades em áreas de vulnerabilidade diferenciadas, o que demonstra que, independentemente da vulnerabilidade da área de abrangência do CS, alguns profissionais não se sentem preparados.

Ainda neste grupo, dois entrevistados destacaram a complexidade e a imprevisibilidade que acompanham o tema.

[...] Não me sinto porque a violência, ela vem assim de várias formas e às vezes vem de uma forma que não é acostumada a lidar com aquilo. Às vezes vem de uma forma tão agressiva que a gente não tem condições nem capacidade. [...] então eu não me sinto preparada para lidar com violência (AE2)

[...]Eu não me sinto preparada. (AE3)

A imprevisibilidade do cotidiano dos serviços de saúde foi apontada como um fator que coloca em xeque o preparo dos profissionais para lidar com a violência. Assim, mesmo aqueles que se sentem preparados podem se deparar com situações nas quais esse preparo é insuficiente. Acredita-se que, pelo fato de o CS ser uma porta aberta, representando o primeiro contato do usuário com o serviço, ele está sujeito à ocorrência de todo tipo de situação, um desafio constante para os profissionais que lá atuam.

[...] Acho que o pessoal não está preparado. [...]. Acho que ninguém está preparado. Você até acha que está, mas se tiver situação fica meio que assustado. [...] na hora não sabe como lidar. (ASB 1)

Na realidade a gente tem que ir se adaptando pra passar pela violência, pois a gente nunca sabe a hora que ela chega. Ela pode chegar por um deslize seu, ser mal interpretada pelo usuário. [...] Você chega e fica estressado o tempo todo: [...] nossa vai acontecer. (E2)

Os achados desse segundo grupo estão de acordo com os estudos referidos anteriormente, que preconizam o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a violência. Tal fato reforça a necessidade de se aumentar a oferta de oportunidades de discussão e reflexão sobre o tema, por meio de capacitações ou discussões coletivas.

O terceiro grupo de profissionais se declarou mais ou menos preparado para lidar com a violência. Ao pontuar a frequência e a magnitude da mesma, chegam mesmo a considerá-la “normal” para os dias de hoje,

Ah! mais ou menos (preparada). Acontece que ela (violência) tá muito grande. A gente fica com medo [...] o tempo todo [...] Não é fácil. (A1)

Um pouco sim um pouco não (preparada). Tem hora que a violência me assusta um pouco. [...] parece que com o tempo a gente vai vendo tanta violência verbal tantas coisas, tanto desacato, tanta coisa que você vai ficando assim, isso é normal (AE5)

Na verdade, esse terceiro grupo, de posição intermediária, não afirma ou confirma os dados coletados no presente trabalho, representando, talvez, um processo de transição entre o primeiro e segundo grupos, porém não necessariamente nessa ordem.

#### *4.6.3 Ações Desenvolvidas na Abordagem da Violência*

Ações para a abordagem da violência foram mencionadas por praticamente todos os trabalhadores entrevistados, sendo que apenas um pequeno número respondeu negativamente. Entretanto, em seus depoimentos reconheceram que a realizam dentro das ações rotineiras da equipe, quer seja pela escuta qualificada, pela observação durante os atendimentos, ou mesmo, por ocasião da visita domiciliar.

Assim, é possível inferir que todos os profissionais entrevistados realizam alguma abordagem da violência durante o processo de trabalho da ESF.

Ações diretas (sobre violência) não realizamos [...], mas sempre que podemos assim em grupos operativos, sempre estamos falando, sobre algo de violência que precisa ser denunciada, precisa ser conversada, que ninguém vai ser exposto. [...] Acolhimento também quando a gente [...] está sozinho com a pessoa. Chega caso de estupro de alguma coisa. A gente sempre orienta [...] Alguns momentos oportunos a gente fala. (AE5)

A maioria dos profissionais, além de identificar ações realizadas pela equipe, apontou que a abordagem se dá em momentos distintos no processo de trabalho, quais sejam: no acolhimento; na escuta das queixas; no atendimento clínico, com orientação durante as consultas; nos grupos operativos, com destaque para o de planejamento familiar. Relataram também intervenções presentes nas reuniões de equipe e de matriciamento. A identificação da violência leva ao encaminhamento para outros profissionais da equipe, em especial o assistente social.

Eu sei que tem grupo de prevenção, DST e tudo, planejamento familiar eu imagino que abordam um pouco a questão da violência conjugal. [...] (M1)

[...] A gente discute muito, a gente tem reunião matriciamento, a gente vê, a gente atende [...] Todo mês cada equipe tem o matriciamento então envolve demais os adolescentes, sujeitos a tanta coisa. Eles fazem tanta coisa, latrocínio mesmo, a gente fica olhando. Eles vêm aqui, a gente faz alguma vacina, alguma injeção e eles são um pouco agressivos. Então a gente neste caso desenvolve assim através de reuniões com matriciamento. (AE2)

[...]Ai se tiver algo anormal a gente comunica para a equipe, providências são tomadas, passa para a assistente social que faz visita. (A10)

[...]levar pro médico, enfermeira e assistente social, na reunião da equipe a gente discute e vai repetindo. (A3)

A possibilidade de detecção da violência por meio da realização da visita domiciliar foi apontada como integrante do rol de ações desenvolvidas pelos profissionais. Nela, tem-se a oportunidade de identificar situações sugestivas de violência.

Como a gente trabalha diretamente com as famílias, entra no cotidiano delas né, a proximidade é muito grande.[...] A gente começa atendendo um paciente [...] quando se vê abordou a família inteira. [...] Acho que o papel é de detecção mesmo [...] às vezes fica várias formas de violência ali camufladas. [...] O profissional de saúde vai para fazer visita domiciliar, por exemplo, e ali detecta que tem alguma coisa errada né, ou crianças, tipo evento sentinela, que maioria das vezes tá envolvido a forma de violência, de infringir os direitos básicos daquela criança [...]. (CD1)

O olhar cuidadoso e atento ao atender um usuário frequente, também possibilita a identificação de situações de violência.

Eu acho que consigo perceber às vezes uma criança que vem muitas vezes. Um idoso eu sempre olho, vem medir a pressão vejo um hematoma, sei que a pele é fina. Ai eu pergunto senhor esta caindo? O que foi isso aqui? dependendo de como a pessoa responde [...] tem acompanhante e vê que fica desconfortável. O corpo fala né? Aí você desconfia que tem alguma coisa. (M1)

Além dessas ações desenvolvidas na comunidade para educação dos usuários, ações sobre humanização, realização de palestras nas escolas da área de abrangência e abordagem com os idosos, também foram apontadas.

Ah! com certeza. Acho que o grande ganho nisto é o trabalho que a gente faz de humanização do atendimento através de trabalhos com idosos na área. [...] acho que isso a população vê com outros olhos que a saúde tá fazendo trabalho que é pra eles do bem e alguma coisa mexe com o lado do bem. Acho que isso ajuda muito. (E2)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012) determina as atribuições gerais dos profissionais da ESF e delimita as ações por categorias profissionais. Contudo, não se observa na política nenhuma diretriz específica para a abordagem da violência à exceção de algumas ações a serem realizadas no âmbito do Programa de Saúde na Escola. Como se viu, as ações para abordagem da violência ocorrem durante a realização das ações cotidianas das ESF, previstas na política. Neste conjunto de ações, a abordagem da violência também se insere na busca pela integralidade do cuidado por meio da promoção da saúde, da prevenção de agravos e da recuperação da saúde.

Acredita-se que a SF e o consequente vínculo profissional/usuário dela decorrente, constituem-se como possibilidades de abordagem do tema da violência entre os profissionais e a comunidade. Tais evidências são demonstradas no estudo sobre saúde e violência de gênero desenvolvido por Franzoi, Fonseca e Guedes (2011).

Na estratégia (SF) a territorialização da atenção à saúde tem possibilitado maior vínculo e proximidade entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, descortinando dessa forma problemas antes invisibilizados ou não reconhecidos como objeto passível de intervenção no setor saúde, como é o caso da violência de gênero. (FRANZOI; FONSECA; GUEDES, 2011 p. 3)

Considerando a diversidade de ações atribuídas às ESF, um entrevistado destacou a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e a falta de perfil destes para atuar na SF, como dificultadores não só para a realização de ações que contemplem a violência como para que a mesma integre a agenda das equipes.



Um pouco a gente já faz, que é lidar com alcoolismo. [...] fala sobre agravo do alcoolismo, mas não trata direto sobre a violência. Mas eu acho que é muita coisa para o PSF. A gente não tem perna pra isso [...] falta funcionário, não tem funcionário com perfil de PSF [...] [...] Eu acho o PSF muito bonito, mas ele tem que sair do papel e o enfrentamento da violência tem que ser tema mesmo. Tem que falar, tem que discutir mesmo. (AE4)

Essa mesma percepção de sobrecarga de trabalho foi demonstrada no estudo de Ferreira *et al.* (2011) cujos entrevistados afirmaram que,

o papel do profissional de saúde, além de detectar os maus-tratos, seria o de orientar os usuários; porém, ressaltaram a excessiva carga de trabalho, conseqüente do exíguo número de profissionais, restringindo sua produtividade. (FERREIRA *et al.*, 2011, pg.154).

Por fim, acredita-se ser importante ressaltar que os achados deste estudo demonstraram que o tema violência, direta ou indiretamente, vem sendo abordado no cotidiano dos profissionais entrevistados.

#### 4.6.4 Papel do Centro de Saúde e a Violência

Ao serem indagados sobre o papel do CS no enfrentamento da violência, os entrevistados apontaram diferentes possibilidades para o mesmo, quais sejam: promoção da saúde; informação; acolhimento; amparo aos usuários; prevenção da violência; detecção de casos de violência; sendo também como um lugar de denúncia e orientação.

Acho que o centro de saúde, por ser centro de atenção primária, ele promove a saúde, mas acho que junto com a saúde vem a informação, vem acolhimento, escuta das queixas. Acho que o centro de saúde tem esse papel de amparar de certa forma, de dar esta primeira atenção, este primeiro esclarecimento [...]. ( M3)

Acho que é preventivo (o papel). [...] A questão nossa da saúde é a prevenção. Se eu estou vendo que tem criança em risco ou idoso, eu vou alertando, fazendo visita [...] o Centro de saúde age nesta questão da prevenção (A9)

Criança que estava sendo ameaçada. A gente ficou sabendo e conseguiu prevenir pra que não acontecesse [...] (A10)

Depois que aconteceu o ato tem que tentar encaixar no que a gente pode ajudar. Orientar ela a estar buscando seus meios [...] direcionando essa mulher pra tentar melhorar essa violência. (A9)

No caso se houve necessidade de denúncia contra caso de violência do idoso [...] eu acho que o papel do CS é esse. Não vai intervir diretamente, mas vai usar o mecanismo que garante isso. (A2)

Um depoente reconhece o CS como um local propício para a detecção da violência e que tem um papel a desempenhar. Contudo, acredita que a mesma ocorre mais frequentemente nos serviços de urgência, uma vez que, é para eles que, em geral, os agredidos se direcionam.

Acho que Centro de Saúde poderia ser uma bela ferramenta para educar e para detectar (a violência), mas acho que em termo de detecção é mais pronto socorro que acontece mais. É onde chega a pessoa agredida e é mais eficiente. Mas o centro saúde poderia participar disto melhor. (M1)

Para os entrevistados a promoção da saúde é um processo inerente à atenção primária e sua plena realização pode contribuir para a redução da violência.

O papel do centro de saúde é promover a saúde, [...] promover saúde física e mental pra diminuir a violência [...] ( AE3)

A promoção da saúde no âmbito da ESF possibilita a melhora da qualidade de vida das pessoas e a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados com os modos de viver de uma população adscrita à equipe. Consequentemente, interfere diretamente na prevenção da violência. Segundo Melo, 2010 a,

Ela (Política de Promoção da Saúde) contribui para a prevenção de acidentes e violências na perspectiva do desenvolvimento sustentável; da mobilidade e acessibilidade humana, sustentável e com segurança; da promoção de ambientes, comportamentos e hábitos seguros e saudáveis para a população, procurando intervir sobre os fatores de risco e de proteção para violências e acidentes e sobre os modos e condições de vida. (MELO, 2010 a, pg. 90).

Houve, contudo, quem achasse que apenas a doença seria objeto do setor de saúde, não abarcando a violência. Assim, o papel do CS se limitaria a acolher a vítima.

Acho que acolher (o usuário em situação de violência), mas não acho que a saúde tem muito o que fazer não. Saúde tem a ver com doença e pronto. (A8)

Dentre os entrevistados quatro profissionais responderam não existir um papel definido para o CS no enfrentamento da violência. Para eles, esse é um papel destinado à segurança pública por meio da polícia militar ou da justiça. A falta de

preparo das equipes de saúde apareceu aliada à ausência de papel da saúde para enfrentar o tema.

[...] eu não ouço falar muito neste tema não. Não tem papel nenhum. Não tenho essa visão não. (A7)

É mais no sentido de não ter mesmo papel por causa da falta de preparo [...]. (A4)

[...] o papel não tá existindo. Primeiro porque ficou todo mundo refém agora pior ainda do ambiente. [...] Aqui nós estamos tentando apagar o fogo o tempo todo. (E1)

Não é papel da saúde. A saúde tinha que andar de braço dado com a segurança e o jurídico. A Polícia Militar que tinha que fazer palestras. (E3)

#### *4.6.5 Possibilidade de Prevenção da Violência*

As respostas dos entrevistados à indagação sobre se é possível prevenir a violência, podem ser classificadas em três grupos: possível, parcialmente possível e impossível. A maioria dos entrevistados situou-se no primeiro grupo, apontando, contudo, diferentes atores e meios para fazê-lo.

Entre os atores foram apontadas as autoridades, o governo e as polícias civil e militar. Interessante notar a não inclusão da saúde entre eles.

Entre os meios foram elencados o combate ao desemprego e às drogas, com ênfase para esta última; a realização de ações educativas e de conscientização e a boa relação profissional-usuário.

Entenderam ainda, ser possível a prevenção da violência, na medida em que outros setores estivessem envolvidos, num entendimento de que a mesma não seria restrita à saúde, mas deveria se associar a outras políticas públicas.

É possível sim. [...] as autoridades competentes sabem que tem condição para isto. Nos não temos né. Mas as autoridades competentes sabem sim. (AE2)

É possível. Na verdade, quem pode mesmo combater a violência é a polícia militar ou polícia civil, mas quando você precisa deles eles não estão prontos a fazer o serviço deles. (A6)

Acho que sim, mas não depende da gente. É coisa do governo. Violência ta ligada ao desemprego a drogas e [...] a gente não tem o que fazer. (A8)

Acho que sim, mas falta muita coisa pra chegar lá. [...] Estão preocupados com outras coisas ao invés de abordar mais o tema. [...] Acho que um dia vai ser possível, mas agora não. (A17)

Sim. [...] perante as drogas, com grupos de abordagem, falar sobre as drogas, consequência das drogas. Eu acho que diminuindo isso e conscientizando as pessoas diminui sim a violência. (AE6)

Droga está uma epidemia realmente. Falta política pública no geral em todas as instâncias [...] Você conseguir colocar um drogadito numa clínica pelo serviço público fica muito difícil quase impossível conseguir. Então assim, isto é uma coisa que poderia reduzir a violência drasticamente. (M1)

Um maior investimento e maior capacitação dos jovens de forma a guiá-los para uma profissão e com isso impedi-los de se inserir em atividades ilícitas foram apontadas como sugestões para o combate da violência.

Tem jeito de combater a violência sim, se tivesse investimento melhor ou capacitação melhor nestes jovens entendeu? Porque o traficante precisa de um menor. Porque o menor não dá nada pra ele né. (A6)

Tal afirmação está em consonância com a afirmativa de Minayo e Souza (1997), que apontam a preponderância do narcotráfico nas comunidades carentes como um fator relevante para a disseminação da violência.

Contemporaneamente, o principal representante da delinquência nessas comunidades é o narcotráfico que, com características de uma organização totalitária, impõe pelo terror o seu poder, impedindo a organização civil dessa parcela da população (Rodrigues, 1994). Dessa forma, trata-se em geral, de uma população privada de direitos básicos, de cidadania moral (CARDIA, 1995) e sem expectativas de cidadania política. (MINAYO; SOUZA, 1997, p.14)

Foi ressaltada a educação como um importante instrumento para a prevenção e combate à violência. Educação está vista como relegada e, que para ser eficiente, deve ser provida desde a infância, ao mesmo tempo em que deve haver investimento na escola pública no sentido de diminuir as desigualdades.

Com educação né, nas escolas eu acho que tem que tem começar desde cedo. (A1)

[...] estamos caminhando a passos largos para perder o que temos mais essência; que é a educação. Eu acho que a educação é princípio da

pirâmide que vai construir mundo melhor pra todo mundo. [...] Enquanto não preocuparmos com isto a violência vai ficando mais abundante [...].( A2)

Se é possível? Eu acho que é possível, mas desde que esteja ligado também a base que é a educação. [...] [...] eu acho que é na base, justamente onde está o maior descaso, na educação. (CD1)

Acho que com muita educação mesmo. [...] Enquanto tiver essa diferença de favela, classe média, escola pública. Sem fortalecer a escola publica fica difícil. (A12)

Ainda no que tange à educação, foi destacada a educação em saúde, presente nos programas educativos desenvolvidos pelos serviços de saúde e nas ações da equipe na unidade e no domicílio.

É um ponto importante pra gente prevenir [...]. No pré natal, na abordagem de salão, nas visitas domiciliares, na orientação nas escolas das crianças sobre violência em geral .Mas a educação escolar tinha que ter dentro da escola matéria específica.(AE4)

É possível prevenir violência sim. A gente previne violência com ações de educação em saúde. [...] os programas que são educativos a gente tem tido muita dificuldade, mas [...] quando consegue fazê-lo a gente vê o resultado. (E1)

Esses achados estão em consonância com a discussão travada por Melo (2010 a), a qual afirma que a educação da população é imprescindível para o sucesso das políticas de prevenção à violência.

Apesar da crise do nosso sistema educacional, mudanças no quadro social passam necessariamente pela educação e a escola ainda é uma instituição forte, em que estão projetadas as perspectivas de crescimento de todas as classes sociais. E os adolescentes estão lá. Estabelecer parcerias no sentido de potencializar os objetivos educacionais da escola é uma das diretrizes desta proposta, que reconhece na educação o terreno propício a uma atuação de caráter preventivo, comprometida com o desenvolvimento do ser humano e a construção de um mundo melhor. (MELO, 2010 a, p. 188).

A boa relação com o usuário, seu acolhimento e valorização, são aspectos apontados como importantes na prevenção da violência. Como se disse, os entrevistados relataram ser a violência interpessoal de natureza verbal a mais presente no cotidiano dos centros de saúde. Contudo, para eles, a prevenção pode se dar por meio do diálogo, da informação, da negociação, de uma postura humilde, da escuta e da valorização do usuário.

Prevenir, eu acho que sim. O jeito que trata o usuário, da forma que trata [...] acho que tudo é conversado. Você tem que saber tratar o usuário. O diálogo é a melhor coisa (ASB1)

Eu acho que é possível. É preciso aumentar a informação ao usuário

Deixar o paciente falar também. Negociar mais. Não fazer pra eles uma resposta restritiva. (E3)

Acho que violência é prevenível, a princípio com informação, com atenção. [...] Muitas coisas são preveníveis, dentre elas a violência. (M3)

A gente tem que entender porque a gente estudou temos que ser mais humildes, ter a linguagem dele. Se falarmos com linguagem diferente ele não entende e não estamos tendo competência para falar na linguagem dele. [...] saber o que ele deseja, tem condição de resolver no dia ou tem que ter habilidade para explicar e saber o porquê não pode. Ele tem que sair sentindo que foi valorizado, tratado com consideração. Não é descarte. (M2)

Eu acho que sim. [...] saber lidar com ela, controlar a situação , amenizar , conversar com tranquilidade , quando a pessoa vier agressiva você está mais calma para receber ela. Ela vai se constranger e vai baixar a guarda ver que não é assim [...] Acho que desta forma ajuda bastante pelo menos no nosso serviço; [...] La fora eu acho que órgãos de polícia, mas aqui dentro eu acho que tem como. É possível. (AE1)

Minayo, citada por Melo (2010 a), destaca que a violência interpessoal reflete a incapacidade das pessoas em solucionarem os próprios conflitos, sendo que a prevenção passa pela equalização dessa situação. Para ela,

[...] a violência interpessoal demonstra uma incapacidade das pessoas em resolverem os conflitos por meio do diálogo e da aceitação das diferenças em relação ao pensar e ao agir. A busca pela solução dos problemas ou das divergências seria o caminho pacífico em contraponto à violência interpessoal. (MINAYO *apud* MELO, 2010 a, p. 172).

O segundo grupo de entrevistados entendeu que é parcialmente possível prevenir a violência, relacionando essa parcialidade às características da população vinculada ao CS e à violência presente na comunidade. Destacaram ainda que o que se faz na unidade de saúde é pouco diante da complexidade do problema.

Olha em alguns casos o sim, outros não. Alguns poucos casos sim, mas a maioria das vezes acho que não pela população que a gente lida. (AE5)

Até certo ponto sim, até certo ponto não. Não tem como prevenir com atirador que sai do outro lado ali atirando. [...] Não tem como prevenir o ACS tá trabalhando na área e aparece o tiroteio, não tem como . (E2)

Aqui dentro não tenho como prevenir se estou em situação de stress e ativa o gatilho do stress [...] Há como prevenir? Há. Mas o que a gente faz aqui é muito pouco. É dando apoio um ao outro. Um ou outro profissional faz isso.[...] (AE2)

Apenas dois profissionais responderam ser impossível prevenir a violência, compondo o terceiro grupo. Esta impossibilidade foi relacionada à imprevisibilidade da violência e à violência existente na comunidade.

Não (não é possível prevenir) [...] aqui no bairro acho que não. Aqui é muito violento. (A11)

Acho que não. A gente nunca sabe quando ela acontece. [...]. Não tem como prevenir. A gente nunca sabe o temperamento da pessoa muda de uma hora pra outra. (A5)

#### **4.7 Considerações Finais**

A violência é um fenômeno complexo que afeta todas as pessoas, tem múltiplas causas, sofre a interferência de fatores sociais e culturais e tem aumentado tanto em âmbito nacional como internacional, sendo reconhecida como questão social e de saúde pública.

Contudo, historicamente, a violência foi tratada no âmbito do direito criminal e da segurança pública, o que provavelmente adiou a discussão acerca do estabelecimento da relação violência e saúde.

Porém, a adoção do conceito ampliado de saúde e o fato de o mesmo abranger o agravo, a ameaça à vida, as condições de trabalho, entre outras questões, como integrantes do universo da saúde pública, contribuiu para que a temática fosse incorporada no setor. (Minayo e Souza, 1999).

A inserção do tema da violência na saúde representa um desafio para a organização dos serviços, em especial a Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do sistema, bem como para os profissionais que nela atuam.

De um modo geral a violência é reconhecida e valorizada pela sociedade civil, mas acredita-se que ainda é pouco discutida pelas equipes, não ocupando o mesmo espaço que os demais temas assistenciais. Contudo, dada a tradição do setor em desenvolver práticas de prevenção e de promoção da saúde nos diferentes grupos

populacionais acredita-se que os profissionais, que nela atuam, desempenham um importante papel no enfrentamento dessa problemática

Assim, a APS por meio da Estratégia da Saúde da Família tem a seu encargo, entre outras questões, o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde, tratamento e reabilitação de agravos, aí incluídos os decorrentes das situações de violência. Os profissionais atuantes na APS estão diretamente envolvidos no atendimento à violência, envolvimento este oportunizado pela territorialidade, pela sua proximidade com os usuários e pela proposta de implantação de uma atenção integrada e humanizada à população, aí incluídas as vítimas de violência.

Este trabalho demonstrou que os profissionais da APS/BH perceberam a violência como uma condição complexa, de difícil abordagem, conferindo a ela múltiplas formas, tipos e conceituações.

Contudo, a despeito de alguns terem se declarado despreparados para lidar com a violência, todos afirmaram desenvolver, em seu cotidiano, ações para a abordagem da mesma, num entendimento de que, lidar com esta questão, também é papel do Centro de Saúde.

A prevenção da violência foi entendida como possível, sendo esta uma atribuição de diferentes atores e propostas – governo, polícia, políticas públicas de combate ao desemprego e às drogas, ações educativas e de conscientização e da melhor relação profissional de saúde/usuário. Ou seja, a prevenção da violência seria possível num entendimento de que a mesma não se restringe à saúde, mas deve se associar a outras políticas públicas. Não foram identificadas diferenças no que se refere ao índice de vulnerabilidade dos CS estudados, o que indica a existência de violência em todos os estratos sociais. Entretanto, os profissionais que atuam em área de risco elevado ou muito elevado se sentem mais preparados para lidar com a violência.

Algumas limitações deste estudo devem ser pontuadas uma vez que os dados coletados se referiram a um grupo de profissionais da rede básica de BH. Contudo, a constatação da existência de situações de violência na rede de serviços de BH, em especial na APS/SF, violência essa manifesta em todos dos seus matizes, e,



consequentemente, presente na realidade dos profissionais que nela atuam, permite inferir que os resultados desta pesquisa poderão auxiliar na identificação de situações semelhantes, e, com isso contribuir para o avanço da gestão e do enfrentamento desta temática.

A singularidade das unidades em relação à vulnerabilidade do território tanto para a educação permanente como para o processo de trabalho, deve ser considerada, no intuito de se proporem processos de capacitação adequados, que possam preparar os profissionais atuantes na APS, para lidar com situações de violência presentes em seu cotidiano.

A presente pesquisa pode desvelar a compreensão dos profissionais sobre o tema e identificar as ações realizadas pela equipe de saúde da família, bem como entender seus limites e possibilidades no tratamento das situações vivenciadas.

Espera-se que os resultados aqui apresentados possam contribuir para o melhor entendimento e enfrentamento da violência não só pelos profissionais da rede de saúde de BH, como também para outros profissionais que atuem na APS.

#### 4.8 Bibliografia

ARAÚJO, L. F., CRUZ, E. A., ROCHA, R. A. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 203-212, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FERREIRA, M. J. *et al.* **Relato da experiência vivenciada em Belo Horizonte com as Oficinas de Qualificação da Atenção Primária em Saúde**, 2011. Disponível em: <portalpbh.pbh.gov.br/ecp/files.do artigo oficinas>. Acesso em: 07 jun. 2014.

FRANZOI, N. M.; FONSECA, R. M.G. S.; GUEDES, R. N. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, [telas] maio-jun. 2011.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE- Re- vista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOMES, N. P. *et al.* Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, v. 22, n. 3, p.789-796, set. 2013.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero, **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-11, 2013.

KRUG, E. G. *et al.* (Ed). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n.1, p. 45-55, 2007.

MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência**. Brasília: OPAS, 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. 2004. A violência como novo desafio à saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. de: Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997 - fev. 1998.

PEDROSA, C. L.; SPINK, M. J, P. A violência contra a mulher no cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.1, p. 124-135, 2011.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C. L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 595-603, 2006.

SILVA, B. F. A.; BEATO FILHO, C. C. Ecologia social do medo: avaliando a associação entre contexto de bairro e medo de crime. **Rev. Bras. Estud. Popul**, v. 30, supl., p. 155-170, 2013.

TURCI, M. A. (Org.) **Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde: HMP Comunicação. 2008. 432 p.

WASELFISZ, J. J. **Homicídios e juventude no Brasil: mapa da violência no Brasil**. Brasília: FLACSO, 2013.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA PESQUISA

A violência é um fenômeno complexo que afeta todas as pessoas, tem múltiplas causas, sofre a interferência de fatores sociais e culturais e tem aumentado tanto em âmbito nacional como internacional, sendo reconhecida como questão social e de saúde pública.

Contudo, historicamente, a violência foi tratada no âmbito do direito criminal e da segurança pública, o que provavelmente adiou a discussão acerca do estabelecimento da relação violência e saúde.

Porém, a adoção do conceito ampliado de saúde e o fato de o mesmo abranger o agravo, a ameaça à vida, as condições de trabalho, entre outras questões, como integrantes do universo da saúde pública, contribuiu para que a temática fosse incorporada no setor. (Minayo e Souza, 1999).

A inserção do tema da violência na saúde representa um desafio para a organização dos serviços, em especial a Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do sistema, bem como para os profissionais que nela atuam.

De um modo geral a violência é reconhecida e valorizada pela sociedade civil, mas acredita-se que ainda é pouco discutida pelas equipes, não ocupando o mesmo espaço que os demais temas assistenciais. Contudo, dada a tradição do setor em desenvolver práticas de prevenção e de promoção da saúde nos diferentes grupos populacionais acredita-se que os profissionais que nela atuam, desempenham um importante papel no enfrentamento dessa problemática.

Assim, a APS por meio da Estratégia da Saúde da Família tem a seu encargo, entre outras questões, o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde, tratamento e reabilitação de agravos, aí incluídos os decorrentes das situações de violência. Os profissionais atuantes na APS estão diretamente envolvidos no atendimento à violência, envolvendo este, oportunizado pela territorialidade, pela sua proximidade com os usuários e pela proposta de implantação de uma atenção integrada e humanizada à população, aí incluídas as vítimas de violência.

Este trabalho demonstrou que os profissionais da APS/BH perceberam a violência

como uma condição complexa, de difícil abordagem, conferindo a ela múltiplas formas, tipos e conceituações.

Contudo, a despeito de alguns terem se declarado despreparados para lidar com a violência, todos afirmaram desenvolver, em seu cotidiano, ações para a abordagem da mesma, num entendimento de que, lidar com esta questão, também é papel do Centro de Saúde.

A prevenção da violência foi entendida como possível, sendo esta, uma atribuição de diferentes atores e propostas – governo, polícia, políticas públicas de combate ao desemprego e às drogas, ações educativas e de conscientização e da melhor relação profissional de saúde/usuário. Ou seja, a prevenção da violência seria possível num entendimento de que a mesma não se restringe à saúde, mas deve se associar a outras políticas públicas. Não foram identificadas diferenças no que se refere ao índice de vulnerabilidade dos CS estudados, o que indica a existência de violência em todos os estratos sociais. Entretanto, os profissionais que atuam em área de risco elevado ou muito elevado se sentem mais preparados para lidar com a violência.

Algumas limitações deste estudo devem ser pontuadas uma vez que os dados coletados se referiram a um grupo de profissionais da rede básica de BH. Contudo, a constatação da existência de situações de violência na rede de serviços de BH, em especial na APS/SF, violência essa manifesta em todos dos seus matizes, e, conseqüentemente, presente na realidade dos profissionais que nela atuam, permite inferir que os resultados desta pesquisa poderão auxiliar na identificação de situações semelhantes, e, com isso contribuir para o avanço da gestão e do enfrentamento desta temática.

A singularidade das unidades em relação à vulnerabilidade do território tanto para a educação permanente como para o processo de trabalho, deve ser considerada, no intuito de se propor processos de capacitação adequados, que possam preparar os profissionais atuantes na APS, para lidar com situações de violência presentes em seu cotidiano.

A presente pesquisa pode desvelar a compreensão dos profissionais sobre o tema, identificar as ações realizadas pela equipe de saúde da família, bem como entender seus limites e possibilidades no tratamento das situações vivenciadas.

Espera-se que os resultados aqui apresentados possam contribuir para o melhor entendimento e enfrentamento da violência não só pelos profissionais da rede de saúde de BH, como também para outros profissionais que atuem na APS.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. F., CRUZ, E. A., ROCHA, R. A. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 203-212, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.1995.

BEATO FILHO, C. S. et al. Crime e estratégias de policiamento em espaços urbanos. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p.687-717, 2008.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal (PBH). **Regional Leste**. Disponível em: <portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=regionalleste>. Acesso em: 05 set.2015.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal, (PBH). **Categorização do IVS 2012**. Disponível em: <portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download...ivsauce>. Acesso em: 15 jun.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **O Desafio do Enfrentamento da Violência: Situação Atual, Perspectivas e Propostas**. Brasília, agosto de 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desafio\_enfrentamento\_violencia.pdf>. Acesso em: 07 mar.2014.

FERREIRA, M. J. et al. **Relato da experiência vivenciada em Belo Horizonte com as Oficinas de Qualificação da Atenção Primária em Saúde**, 2011. Disponível em: <portalpbh.pbh.gov.br/ecp/files.do artigo oficinas>. Acesso em: 07 jun. 2014.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, R. H. M. Integralidade na Assistência à

Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado. **Revista Pensar BH: Política Social**, n. 7, jul./ set. 2003

FRANZOI, N. M.; FONSECA, R. M.G. S.; GUEDES, R. N. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, [telas] maio-jun. 2011.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE- Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOMES, N. P. *et al.* Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, v. 22, n. 3, p.789-796, set. 2013.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero, **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-11, 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010)>. Acesso em: 06 set. 2015.

KRUG, E. G. *et al.* (Ed). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. (Org) *et al.* **Desafios e Inovações na Gestão do SUS em Belo Horizonte**: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte; Mazza Edições , 584 p. 2010.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n.1, p. 45-55, 2007.

MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência**. Brasília: OPAS, 2010 a.

MELO, E. M. Promoção da Saúde e Prevenção da Violência: editorial. **Revista Médica Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 141-272, abr./maio 2010 b.



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. A violência como novo desafio à saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. de: Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997 - fev. 1998.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma Ata**. OMS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

PEDROSA, C. L.; SPINK, M. J, P. A violência contra a mulher no cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.1, p. 124-135, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Recomendações para a Organização da Atenção Básica**. 2003. Disponível em:<[www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br)>. Acesso em: 16 mar. 2014

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C. L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 595-603, 2006.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. esp, p. 112-120, 2006.

SENSUS, CNT. **Pesquisa de opinião pública Nacional**, Rodada 100. Relatório Síntese. 25 a 29 de janeiro de 2010.

SILVA, B. F. A.; BEATO FILHO, C. C. Ecologia social do medo: avaliando a associação entre contexto de bairro e medo de crime. **Rev. Bras. Estud. Popul**, v. 30, supl., p. 155-170, 2013.

SMSA, 2003 **Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal**. Revista Saúde Digital, 19a Ed, Julho de 2003. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/julho2003/organizacaooubs.html>

TURCI, M. A. (Org.) **Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde: HMP Comunicação. 2008. 432 p.

WASELFISZ, J. J. **Homicídios e juventude no Brasil**: mapa da violência no Brasil. Brasília: FLACSO, 2013.

## **APÊNDICE A - ROTEIRO ENTREVISTA / PROFISSIONAL DE SAÚDE**

O que você entende por violência?

Você se sente preparado para trabalhar com o tema violência?

Qual o papel do Centro de Saúde no enfrentamento da violência?

A sua Equipe de saúde da família desenvolve ações em relação à abordagem da violência?

Você acha que é possível prevenir a violência?

**ANEXO A – PARECER COEP UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, SOB O PROJETO 01140812.1.0000.5149**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Elza Machado de Melo**  
**Departamento de Medicina Preventiva e Social**  
**Faculdade de Medicina - UFMG**

**DECISÃO**

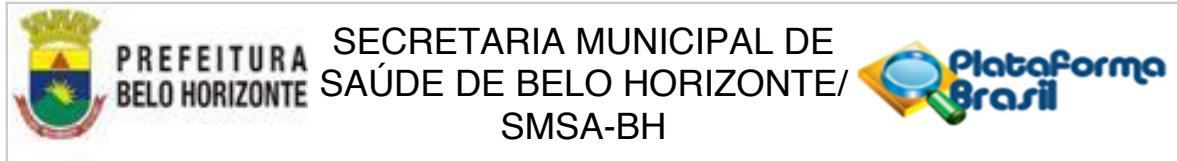
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Assinatura manuscrita em tinta preta, apresentando uma caligrafia cursiva e fluida.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**

## ANEXO B – PARECER PELO COEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MAS/BH 01140812.1.3001.5140



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica

**Pesquisador:** Elza Machado de Melo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 01140812.1.3001.5140

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 861.240

**Data da Relatoria:** 03/11/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo quali-quantitativo sobre a promoção de saúde e prevenção da violência no território de Atenção Primária (AP) de Belo Horizonte e de dois Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a saber, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. A metodologia utilizada será a triangulação de vários procedimentos: entrevistas semi-estruturadas com usuários, profissionais e gerentes; entrevistas abertas com gerentes, gestores e informantes chave; observação de campo. Serão sorteadas Unidades Básicas de Saúde em todas as regiões administrativas do Município. A amostra de usuários de cada Município será calculada com erro de 5% e distribuída nessas unidades. Serão entrevistados todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde selecionadas em cada Município. Os dados quantitativos serão armazenados no SPSS. Os dados qualitativos serão analisados segundo o método hermenêutico-dialético.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Investigar o perfil da violência e as formas de abordagem, pautadas principalmente, nas ações de promoção de saúde da atenção básica de saúde de Belo Horizonte, Ribeirão das Neves e Santa Luzia, Minas Gerais.

**Objetivo Secundário:** Investigar as principais formas de expressão da violência na população coberta pela atenção primária de saúde dos Municípios estudados; Investigar a distribuição da

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

**Bairro:** Funcionários

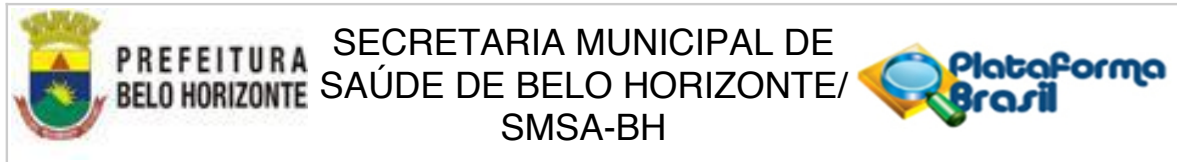
**CEP:** 30.130-007

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 861.240

violência entre os diferentes grupos populacionais - homens, mulheres, trabalhadores, crianças e adolescentes, idosos - cobertos pela atenção básica; Investigar o impacto da violência na atuação da atenção básica de saúde; Investigar a violência institucional na atenção básica; Investigar os principais mecanismos de abordagem da violência na atenção básica de saúde; Investigar os efeitos dos processos de capacitação na atuação do profissional, em especial, aquelas direcionadas para o desenvolvimento da promoção da saúde e para a prevenção da violência; Mapear e descrever a atuação das redes sociais do território adscrito à atenção primária de saúde, sua forma de proteção e seu papel na proteção e enfrentamento da violência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, uma vez que estes irão participar da pesquisa apenas respondendo a questionários, após serem esclarecidos sobre todas as etapas da pesquisa, de forma voluntária. Portanto, o projeto não apresenta riscos à integridade física dos pacientes envolvidos, pois não será realizado nenhum tipo de procedimento que traga danos aos sujeitos. Todos os dados dos participantes serão mantidos em sigilo. Os resultados do presente estudo contribuirão como fonte de pesquisa para dados epidemiológicos da violência no Brasil e qualidade dos serviços ofertados.

**Benefícios:** Conhecer o perfil de violência nos territórios de abrangência da AP assim como as formas utilizadas pela população desses territórios e pelos profissionais na lida com a violência poderá trazer importante contribuição para o desenvolvimento de estratégias de atuação neste espaço, considerado privilegiado, neste sentido.

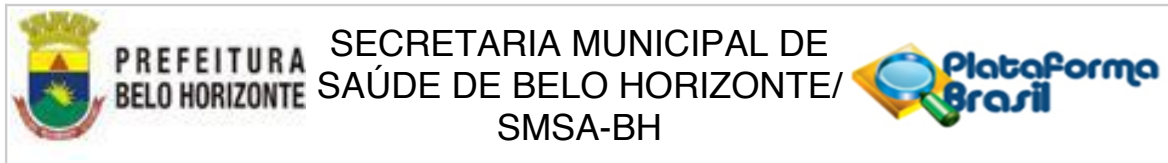
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para a Atenção Primária de Saúde no Brasil, com enfoque na prevenção à violência. Justificativa da Emenda: Trata-se de emenda já aprovado anteriormente, mas agora propõe-se a inclusão de Belo Horizonte e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte como coparceira.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Presentes: Projeto de Pesquisa Plataforma Brasil, projeto de pesquisa original, folha de rosto (devidamente preenchida e assinada pela coordenadora da pesquisa e pelo Diretor da Faculdade de Medicina da UFMG), TALE para usuários de 10 a 17 anos, TCLE para usuários participantes acima

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar  
**Bairro:** Funcionários **CEP:** 30.130-007  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 861.240

de 17 anos, TCLE para profissionais e gerentes, TCLE Gestores, gerentes e informantes chave, parecer consubstanciado, ofício da Chefia do Departamento de Medicina Preventiva e Social informando a renovação e aprovação do Projeto em reunião da Câmara em 22/08/2014, termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde - PBH, carta de anuência da Prefeitura Municipal de Santa Luzia, questionário Usuário, questionário usuário-identificação.

**Recomendações:**

Adotar modelos de TCLE e TALE que inclua: - dados do CEP-SMSA; - informação quanto ao que consta no nas alíneas 'g' e 'h' do item IV.3 da Resolução CNS 466/12; - informações relativas ao risco de desconforto ou constrangimento do participante em responder aos questionários e a informação: "você assinará duas vias iguais deste termo de consentimento: uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

**Bairro:** Funcionários

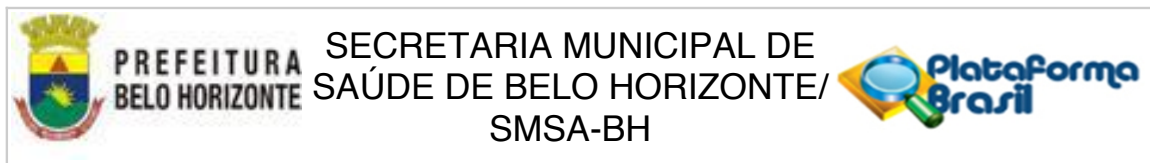
**CEP:** 30.130-007

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 861.240

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

BELO HORIZONTE, 06 de Novembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Prates Miranda**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

**Bairro:** Funcionários

**CEP:** 30.130-007

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



## **ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O senhor (a) esta sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para reparar-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder um formulário elaborado pelos pesquisadores, aqui mesmo na Unidade de Saúde. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Caso você tenha algum gasto gerado exclusivamente pela participação na pesquisa, os pesquisadores responsáveis arcarão com tais despesas. Do mesmo modo, caso a participação da pesquisa cause algum dano eventual, os pesquisadores responsáveis arcarão com a responsabilidade por sua indenização. Durante a entrevista, poderá haver algum constrangimento referente a alguma pergunta. Neste caso, você poderá se recusar a respondê-la. Por outro lado, os nossos pesquisadores são treinados e saberão abordar a situação causadora do constrangimento, no sentido de resolvê-la ou minimizá-la.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Caso aceite participar, você deverá assinar duas vias iguais deste termo de consentimento: uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**Pesquisadores:**

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG, Tel. 34099945/ 91843408

Prof. Dr. Paulo Sérgio Miranda - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tel. 34631853

Prof Dra Stela Maris Aguiar Lemos - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina/UFMG

Prof Dr Antônio Leite Alves Radicchi – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Prof Dr Victor Hugo de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina//UFMG

Bernardo Monteiro de Castro – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Prof Dra Soraya de Almeida Belisário – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Profa Dra Alzira Oliveira Jorge - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Ledsônia Gomes Santana Souza – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Renata Cristina de Souza Ramos – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Doriana Ozolio Alves Rosa – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Gisele Marcolino Saporetti – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

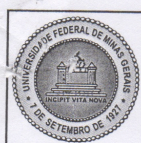
Clarisse Carvalho Leão Machado – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.  
Telefax (31) 3409-4592.

**CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ºandar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 - Telefone: 3277-5309.

**ANEXO D – FOLHA DE APROVAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA/MP

**UFMG**


**FOLHA DE APROVAÇÃO**

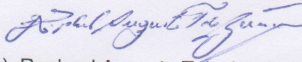
**VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO  
HORIZONTE: O QUE PENSAM E FAZEM OS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE**

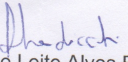
**TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA

Aprovada em 29 de setembro de 2015, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Soraya Almeida Belisario - Orientador  
UFMG


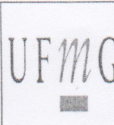
  
Prof(a). Raphael Augusto Teixeira de Aguiar  
UFMG

  
Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi  
UFMG

  
Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge  
UFMG

Belo Horizonte, 29 de setembro de 2015.

## ANEXO E – ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</b> PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP	
---	--	---

### ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO

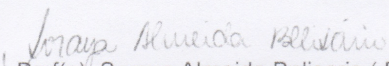
Realizou-se, no dia 29 de setembro de 2015, às 13:30 horas, sala 029, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE: O QUE PENSAM E FAZEM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE*, apresentada por TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO, número de registro 2013712639, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Soraya Almeida Belisario - Orientador (UFMG), Prof(a). Raphael Augusto Teixeira de Aguiar (UFMG), Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi (UFMG), Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (UFMG).

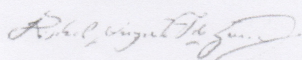
A Comissão considerou a dissertação:

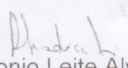
Aprovada

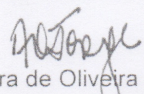
Reprovada


Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.  
Belo Horizonte, 29 de setembro de 2015.

  
Prof(a). Soraya Almeida Belisario ( Doutora )

  
Prof(a). Raphael Augusto Teixeira de Aguiar ( Doutor )

  
Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi ( Doutor )

  
Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge ( Doutora )

  
Centro de Pós-Graduação  
Faculdade de Medicina / UFMG  
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 6º andar  
CEP: 30130-100 - Funcionários - BH/MG